

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
і.м. М. І. ПИРОГОВА МОЗ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ХАСАВНЕХ АХМАД РАЕД АХМЕД

УДК 616.53-008.811.1-037-084-036.1:616-071.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ СЕБОРЕЙНОГО
ДЕРМАТИТУ: КЛІНІЧНІ ТА АНТРОПО-СОМАТОТИПОЛОГІЧНІ
АСПЕКТИ**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ (підписано ЕП) __ А. Р. А. Хасавнех

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

Вінниця – 2023

АНОТАЦІЯ

Хасавнех Ахмад Раед Ахмед. Особливості виникнення та перебігу себореюного дерматиту: клінічні та антропо-соматотипологічні аспекти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

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

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні особливостей клініко-анамнестичних та антропо-соматотипологічних показників у хворих на себореюний дерматит українських чоловіків і жінок молодого віку, визначенні особливостей кореляцій показників ступенів вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними параметрами хворих на себореюний дерматит, а також, побудові дискримінантних моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання в залежності від особливостей будови та розмірів тіла.

Уперше в українських чоловіків і жінок молодого віку проведено поетапний аналіз клініко-анамнестичних даних, що дозволило виокремити спільні та найбільш значимі фактори ризику розвитку себореюного дерматиту. До них належать: стаж захворювання, умови праці, навколишнє середовище, шкідливі звички і емоційний стан пацієнта. При різній тяжкості перебігу себореюного дерматиту у досліджуваних обох статей встановлені характерні та відмінні один від одного клінічні прояви захворювання (суб'єктивні відчуття і скарги, локалізація і тип елементів висипки, місцеві прояви переважання тонуусу вегетативного нервової системи), що дозволяють своєчасно оцінити ризик генералізації процесу та призначити адекватну терапію.

Уперше з метою розмежування норми та патології між практично здоровими особами різної статі (82 чоловіки та 154 жінки молодого віку взяті з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова) та хворими на себореюний дерматит різного ступеня

тяжкості (40 чоловіків і 40 жінок аналогічного віку) встановлені багаточисельні достовірні або тенденції їх відмінностей антропо-соматотипологічних показників.

Так, для більшості груп хворих з легким і тяжким ступенем тяжкості захворювання чоловіків виявлені: більші значення – більшості кефалометричних розмірів (на 3,9-24,2 %), поперечного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів (на 6,1-22,3 %), міжвертлюгової відстані тазу (на 2,6 % і 3,5 %), обхватів плеча у ненапруженому стані, стегна, гомілки у верхній частині, шиї та талії (на 2,5-12,2 %), товщини шкірно-жирової складки на боці (на 36,7 % і 51,6 %), м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування (на 9,8-16,8 %), частоти середнього проміжного соматотипу (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 22,7 %); менші значення – обхвату голови, сагітальної дуги черепа та ширини дистального епіфіза плеча (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 1,4 %, 3,1 % і 2,7 %), висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок (на 4,8-6,6 %), ширини плечей (на 13,6 % і 15,0 %), (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,7 %), обхвату плеча у напруженому стані (на 5,5 % і 2,3 %), товщини шкірно-жирових складок на задній й передній поверхні плеча, на груді, на стегні, на передпліччі, під нижнім кутом лопатки та на гомілці (на 3,5-49,7 %), жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (на 21,2 % і 15,2 %).

Між хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості та практично здоровими українськими жінками також встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей антропо-соматотипологічних показників. Для більшості груп хворих з легким і тяжким ступенем тяжкості жінок виявлені: більші значення – найбільшої довжини та найменшої ширини голови, ширини обличчя та ширини нижньої щелепи (на 0,8-16,6 %), маси тіла (на 11,2 % і 17,5 %), площі поверхні тіла (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,6 %), висоти пальцевої антропометричної точки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,2 %), ширини дистальних епіфізів передпліччя, гомілки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,1 % і 4,0 %) та стегна (на 5,9 % і 7,3 %), поперечних середньогрудного та нижньогрудного діаметрів (на 4,3-9,5 %), пе-

редньо-заднього середньогруднинного діаметра (на 11,2 % і 14,1 %), міжостьової та міжвертлюгової відстаней (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 5,5 % і 4,8 %), міжгребеневої відстані та поверхневої кон'югати (на 4,4-12,4 %), обхватів плеча у ненапруженому стані, стегна, обох стегон, гомілки у нижній частині, шиї, грудної клітки на вдиху, видиху та у спокійному стані (на 2,8-13,7 %), товщини шкірно-жирової складки на боці (на 37,0 % і 44,6 %), мезоморфного компоненту соматотипу (на 46,1 % і 31,3 %), м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування (на 16,4-32,4 %), кісткового компоненту маси тіла за Matiegka (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,9 %), частоти мезоморфного соматотипу (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 18,8 %); менші значення – обхвату голови (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 0,9 %), сагітальної дуги черепа (на 2,9 % і 2,4 %), висоти лобкової (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,8 %) та вертлюгової антропометричних точок (на 4,6 % і 2,9 %), ширини плечей (на 12,9 % і 10,6 %), обхвату кисті (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,3 %), товщини шкірно-жирових складок на задній й передній поверхні плеча, на груді, на стегні та на гомілці (на 10,2-51,0 %), екоморфного компоненту соматотипу (на 35,4 % і 32,4 %), жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 15,8 %), частоти екоморфного соматотипу (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 15,8 %).

Вперше в результаті порівняльного аналізу величин антропо-соматотипологічних показників між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками нами встановлені поодинокі достовірні або тенденції розбіжностей антропо-соматотипологічних показників, а саме: у хворих із тяжким ступенем тяжкості чоловіків встановлені більші значення величини сагітальної дуги черепа (на 2,5 %), ширини дистального епіфіза передпліччя (на 2,7 %) та товщини шкірно-жирової складки на стегні (на 14,6 %); а у хворих із тяжким ступенем тяжкості жінок – більші значення величини обхвату голови (на 1,4 %), ширини обличчя (на 5,2 %), поперечного нижньогрудного діа-

метру (на 5,4 %), міжвертлюгової відстані таза (на 4,0 %) та товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (на 22,6 %).

Уперше встановлені виражені прояви статевого диморфізму величини антропо-соматотипологічних показників між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками та жінками, а саме: більші значення у хворих чоловіків кефалометричних показників (на 2,1-12,8 %), усіх тотальних розмірів тіла (на 6,8-16,5 %), висоти антропометричних точок (на 3,2-7,8 %), ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок і діаметрів тулуба (на 3,8-22,0 %), міжвертлюгової відстані таза (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,7 %), обхватів плеча у напруженому й ненапруженому станах, передпліччя у верхній й нижній частинах, кисті, гомілки у нижній частині, стопи, шиї (на 3,6-15,3 %), грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 5,3 %, 7,2 % і 5,8 %), м'язового й кісткового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та м'язового компоненту маси тіла за методом Американського інституту харчування (на 14,5-24,7 %); а також більші значення у хворих із тяжким ступенем тяжкості жінок товщини шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча (на 28,6 %), на передпліччі (на 16,0 %) та на гомілці (на 26,3 %).

Вперше при аналізі кореляцій показника ступеня вираженості жирної шкіри або показника ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними показниками чоловіків і жінок хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та тяжкого перебігу встановлено, що переважна кількість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків (спостерігаються більш часто, за винятком кореляцій показника ступеня вираженості жирної шкіри з антропо-соматотипологічними показниками у жінок із легким перебігом захворювання) мають зворотній характер. Незалежно від статі, більшість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків спостерігається при легкому перебігу захворювання.

Вперше на основі розмірів тіла розроблені достовірні дискримінантні моделі дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення

генералізованої жирної форми себорейного дерматиту як у чоловіків (коректність 87,7 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,063; $p<0,001$), так і у жінок (коректність 91,8 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,174; $p<0,001$). Достовірна дискримінація ступеня тяжкості себорейного дерматиту на основі особливостей встановлених антропометричних показників як у чоловіків, так і у жінок неможлива. До складу побудованих дискримінантних рівнянь у чоловіків найбільш часто входять обхватні розміри тіла (42,8 %) та товщина шкірно-жирових складок (28,6 %); у жінок – товщина шкірно-жирових складок (42,8 %) і діаметри тіла (28,6 %). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять обхвати плеча в напруженому та ненапруженому стані, а у жінок – товщина шкірно-жирової складки на стегні та ширина плечей.

Ключові слова: захворювання шкіри, хворі на себорейний дерматит і здорові чоловіки та жінки, антропометрія (тотальні, поздовжні, поперечні та обхватні розміри тіла, товщина шкірно-жирових складок), компоненти соматотипу, компонентний склад маси тіла, кореляції, дискримінантні моделі.

ANNOTATION

Khasawneh Ahmad Raed Ahmed. Features of the occurrence and course of seborrheic dermatitis: clinical and anthropo-somatotypological aspects. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

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

The dissertation presents a solution to a scientific and practical problem, which consists in establishing the specifics of the clinical-anamnestic and anthropo-somatotypological indicators in patients with seborrheic dermatitis of young Ukrainian men and women, determining the features of the correlations of the indicators of the degree of severity of oily skin and the emotional impact of oily skin faces with anthropo-somatotypological parameters of patients with seborrheic dermatitis, as well as building discriminative models of the possibility of occurrence and features of the course

of this disease depending on the features of the structure and size of the body.

For the first time, a step-by-step analysis of clinical and anamnestic data was carried out in young Ukrainian men and women, which made it possible to single out the common and most significant risk factors for the development of seborrheic dermatitis. These include: length of illness, working conditions, environment, bad habits and emotional state of the patient. With different severity of the course of seborrheic dermatitis, characteristic and distinct clinical manifestations of the disease (subjective sensations and complaints, localization and type of rash elements, local manifestations of the predominance of the tone of the autonomic nervous system) were established in both sexes, which allow timely assessment of the risk of generalization of the process and prescribe adequate therapy.

For the first time, with the aim of distinguishing the norm and pathology between practically healthy individuals of different sexes (82 men and 154 women of young age taken from the data bank of the research center of the National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya) and patients with seborrheic dermatitis of various degrees of severity (40 men and 40 women of a similar age) established numerous reliable or trends of their differences in anthropo-somatotypological indicators.

Thus, for most groups of patients with a mild and severe degree of severity of the disease in men, the following values were found: larger values of most cephalometric dimensions (by 3.9-24.2 %), transverse and anterior-posterior midthoracic diameters (by 6.1-22.3 %), inter-rotary distance of the pelvis (by 2.6 % and 3.5 %), shoulder girths in an unstressed state, hips, lower leg in the upper part, neck and waist (by 2.5-12.2 %), skinfold thickness on the side (by 36.7 % and 51.6 %), muscle component of body weight determined according to the methods of Matiegka and the American Institute of Nutrition (by 9.8-16.8 %), the frequency of the average intermediate somatotype (only compared to the severe degree of severity by 22.7 %); smaller values – head girth, sagittal arch of the skull and width of the distal epiphysis of the shoulder (only compared to the light degree of severity by 1.4 %, 3.1 % and 2.7 %), height of pubic and acetabulum anthropometric points (by 4.8-6.6 %), shoulder width (by 13.6 % and 15.0 %), (only compared to the light degree of severity by

2.7 %), shoulder girth in a tense state (by 5.5 % and 2.3 %), skinfold thickness on the back and front surface of the shoulder, on the chest, on the thigh, on the forearm, under the lower angle of the scapula and on the leg (by 3.5-49.7 %), the fat component of the body weight determined by the Matiegka method (by 21.2 % and 15.2 %).

Numerous reliable or trend differences in anthropo-somatotypological indicators were also established between patients with seborrheic dermatitis of various degrees of severity and practically healthy Ukrainian women. For most groups of patients with mild and severe severity women, the following values were found: the largest length and smallest width of the head, the width of the face and the width of the lower jaw (by 0.8-16.6 %), body weight (by 11.2 % and 17.5 %), surface area of the body (only compared to the severe degree of severity by 7.6 %), the height of the finger anthropometric point (only compared to the severe degree of severity by 2.2 %), the width of the distal epiphyses of the forearm, crus (only compared to the severe degree of severity by 2.1 % and 4.0 %) and femur (by 5.9 % and 7.3 %), transverse midthoracic and lower thoracic diameters (by 4.3-9.5 %), anterior-posterior midthoracic diameter (by 11.2 % and 14.1 %), interspinous and intertrochanteric distance (only compared to severe severity by 5.5 % and 4.8 %), intercrystal distance and surface conjugate (by 4.4-12.4 %), shoulder girths in a relaxed state, hips, both hips, lower leg, neck, chest during inhalation, exhalation and at rest (by 2.8-13.7 %), skinfold thickness on the side (by 37.0 % and 44.6 %), the mesomorphic component of the somatotype (by 46.1 % and 31.3 %), the muscle component of body weight determined according to the methods of Matiegka and the American Institute of Nutrition (by 16.4- 32.4 %), the bone component of body mass according to Matiegka (only compared to the severe degree of severity by 7.9 %), the frequency of mesomorphic somatotype (only compared to the mild degree of severity by 18.8 %); smaller values – head circumference (by 0.9 % only compared to the light degree of severity), sagittal skull arch (by 2.9 % and 2.4 %), pubic height (by 2.8 % only compared to the light degree of severity) and acetabular anthropometric points (by 4.6 % and 2.9 %), shoulder width (by 12.9 % and 10.6 %), hand girth (only compared to the mild degree of severity by 2.3 %), skinfold thickness on the back and front surface of the shoulder, on the chest, on the thigh and on the lower leg (by 10.2 -

51.0 %), the ectomorphic component of the somatotype (by 35.4 % and 32.4 %), the fat component of body weight determined by the Matiegka method (only compared to the mild degree of severity by 15.8 %), the frequency of the ectomorphic somatotype (only compared to the severe degree of severity by 15.8 %).

For the first time, as a result of a comparative analysis of the values of anthropo-somatotypological indicators between patients with seborrheic dermatitis of various degrees of severity, Ukrainian men or women, we established single reliable or trends of discrepancies of anthropo-somatotypological indicators, namely: patients with a severe degree of severity, men had higher values of the values of the sagittal arch of the skull (by 2.5 %), width of the distal epiphysis of the forearm (by 2.7 %) and skinfold thickness on the thigh (by 14.6 %); and patients with a severe degree, women have higher values of head circumference (by 1.4 %), face width (by 5.2 %), transverse lower thoracic diameter (by 5.4 %), pelvic intertrochanteric distance (by 4.0 %), and skinfold thickness on the front surface of the shoulder (by 22.6 %).

For the first time, pronounced manifestations of sexual dimorphism in the values of anthropo-somatotypological indicators among Ukrainian men and women with seborrheic dermatitis of various degrees of severity were established, namely: higher values in sick men of cephalometric indicators (by 2.1-12.8 %), all total body sizes (by 6, 8-16.5 %), the height of anthropometric points (by 3.2-7.8 %), the width of the distal epiphyses of the long tubular bones of the limbs and the diameters of the trunk (by 3.8-22.0 %), the intertrochanteric distance of the pelvis (only compared to the light degree of severity by 3.7 %), shoulder girths in tense and relaxed states, forearms in the upper and lower parts, hands, crus, feet, neck (by 3.6-15.3 %), chest during inhalation, exhalation and at rest (only compared to the mild degree of severity by 5.3 %, 7.2 % and 5.8 %), the muscle and bone component of body weight determined by Matiegka's methods and the muscle component of body weight by the method of the American Institute of Nutrition (by 14.5-24.7 %); as well as higher values in patients with severe severity of women skinfold thickness on the front surface of the shoulder (by 28.6 %), on the forearm (by 16.0 %) and on the crus (by 26.3 %).

For the first time, when analyzing the correlations of the indicator of the degree

of expressiveness of oily skin or the indicator of the degree of expressiveness of the emotional impact of oily facial skin with anthropo-somatotypological indicators of men and women patients with the generalized oily form of seborrheic dermatitis of mild and severe course, it was established that the majority of reliable or medium-strength unreliable connections (observed more often, with the exception of correlations of the indicator of the degree of expression of oily skin with anthropo-somatotypological indicators in women with a mild course of the disease) are inverse in nature. Regardless of sex, the majority of reliable or medium-strength non-reliable connections are observed in the mild course of the disease.

For the first time, reliable discriminative models developed on the basis of body size allow with a high probability to predict the possibility of the occurrence of a generalized oily form of seborrheic dermatitis both in men (correctness of 87.7 % of cases, Wilks' Lambda statistic=0.063; $p<0.001$) and in women (correctness of 91.8 % cases; Wilks' Lambda statistic=0.174; $p<0.001$). Reliable discrimination of the severity of seborrheic dermatitis based on the features of established anthropometric indicators in both men and women is impossible. The constructed discriminant equations for men most often include body girths (42.8 %) and the skinfold thickness (28.6 %); in women – skinfold thickness (42.8 %) and body diameters (28.6 %). The greatest contribution to discrimination in men is made by shoulder girths in a tense and relaxed state, and in women – skinfold thickness on the thigh and width of the shoulders.

Key words: skin diseases, patients with seborrheic dermatitis and healthy men and women, anthropometry (total, longitudinal, transverse and girth body dimensions, skinfold thickness), components of somatotype, component composition of body mass, correlations, discriminant models.

Список публікацій здобувача

1. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Clinical and anamnestic features of men and women with generalized fatty form of seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 443-446. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(3)-17

2. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27. doi: 10.31393/morphology-journal-2021-27(4)-03

3. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24. doi: 10.31393/morphology-journal-2022-28(2)-03

4. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(2)-06

5. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko S. V., Shevchuk, Yu. G., Kondratiuk, A. I., & Kryvonis, T. G. (2022). Discriminant models of seborrheic dermatitis possibilities of occurrence and course in men and women depending on the characteristics of anthro-somatotypological parameters. *World of Medicine and Biology*, 2(80), 174-177. doi: 10.26724/2079-8334-2022-2-80-174-177 (*Web of Science*)

6. Khasawneh Ahmad Raed. (2019). Constitutional and psychological features of seborrheic dermatitis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 740-744. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(4)-31

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості кефалометричних параметрів в українських чоловіків і жінок хворих на себореїний дерматит різного ступеня важкості. The 10th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (June 25-27, 2023), Munich (pp. 50-55). MDPC Publishing. Munich, Germany.

8. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості поздовжніх розмірів тіла в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 6th International scientific and practical conference “European scientific congress” (July 10-12, 2023), Madrid (pp. 58-60). Barsa Academy Publishing. Madrid, Spain.

9. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості тотальних розмірів тіла та розподілу соматотипів в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 11th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (July 23-25, 2023), Munich (pp. 58-60). MDPC Publishing. Munich, Germany.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

10. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko, S.V., Kizina, I. E., Kyrychenko, Yu. V., & Prokopenko, S. V. (2020). Correlations between the severity of oily skin and the emotional impact of oily skin with anthro-somatotypological parameters of men and women with seborrheic dermatitis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (41), 60-66. doi: 10.31393/bba41-2020-10.

11. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Transverse body sizes in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 34-39. doi: 10.31393/bba43-2021-06

ЗМІСТ

	стор.
АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	15
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	25
1.1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез себорейного дерматиту	25
1.2. Використання інструментальних методів дослідження у хворих на себорейний дерматит для коректної діагностики та оцінки ефективності лікування даного захворювання	31
1.3. Конституціональні маркери виникнення і особливостей перебігу захворювань шкіри та її придатків	36
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	43
2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження	43
2.1.1. Клінічна характеристика хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту.	44
2.2. Методи дослідження	55
2.2.1. Клініко-інструментальні.	55
2.2.2. Анкетно-опитувальний.	55
2.2.3. Антропометричні та соматотипологічні.	57
2.2.4. Статистичного аналізу.	61
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ ЖИРНУ ФОРМУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ	63

РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ ЖИРНУ ФОРМУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ	67
РОЗДІЛ 5 КОРЕЛЯЦІЇ ПОКАЗНИКІВ СТУПЕНІВ ВИРАЖЕНОСТІ ЖИРНОЇ ШКІРИ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВПЛИВУ ЖИРНОЇ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ З АНТРО-СОМАТОТИПОЛОГІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ	111
РОЗДІЛ 6 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	115
АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	121
ВИСНОВКИ	155
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	160
ДОДАТКИ	181

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

- ACR – ширина плечей (см);
- ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);
- ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);
- ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);
- ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);
- ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);
- B_DL_GL – найбільша довжина голови (см);
- B_SH_GL – найбільша ширина голови (см);
- CONJ – поверхнева кон'югата (см);
- CRIS – міжгребенева відстань (см);
- DM – жировий компонент маси тіла (кг).
- EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);
- EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);
- EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);
- EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);
- FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал);
- GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);
- GBD – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм);
- GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);
- GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);
- GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);
- GL – товщина складки під нижнім кутом лопатки (мм);
- GPPL – товщина складки на передній поверхні плеча (мм);
- GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм);
- GZPL – товщина складки на задній поверхні плеча (мм);
- H – довжина тіла (см);

- LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал);
- MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
- MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал);
- MA – м'язовий компонент маси тіла за AIX (кг);
- N_SH_GL – найменша ширина голови (см);
- OB_GL – обхват голови (см);
- OBV – обхват стегна (см);
- OBVV – обхват стегон (см);
- OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см);
- OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см);
- OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);
- OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см);
- OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
- OBK – обхват кисті (см);
- OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см);
- OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);
- OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);
- OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);
- OBS – обхват стопи (см);
- OBSH – обхват шиї (см);
- OBT – обхват талії (см);
- OM – кістковий компонент маси тіла (кг);
- OSIS – показник оцінки ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя (бал);
- OSSAS – показник оцінки ступеня вираженості жирної шкіри (бал.);
- PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
- PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
- S – площа поверхні тіла (м²);
- SAG_DUG – сагітальна дуга черепа (см);
- SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);

SH_LICA – ширина обличчя (см);

SH_N_CH – ширина нижньої щелепи (см);

SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

W – маса тіла (кг).

ВСТУП

Актуальність теми. Починаючи обговорення актуальності вивчення проблеми конституції та конституційних типів, слід звернути увагу на те, що морфометричним параметрам притаманна генетична запрограмованість та значні індивідуальні, вікові та етнічні варіації. Будь-яка наука потребує класифікацій, типології і узагальнень, проте досліджувати лише неповторну індивідуальну варіативність практично неможливо. Оцінку морфометричних особливостей антропосоматотипологічних параметрів необхідно здійснювати відповідно до низки результатів технічно доступних, неінвазивних досліджень, які не вимагають додаткових матеріальних витрат та спеціальної підготовки фахівців. Власне, антропометрія відповідає даним запитам і позиціонується, як один із базових методів прижиттєвої антропології, що є перспективним для застосування в клінічній практиці [12, 13].

Конституціональні ознаки і конституційні типи людей існують як об'єктивна реальність, і в клінічній медицині конституція людини може слугувати скринінговим маркером цілого ряду патологічних станів, захворювань та критерієм, що визначає профілактичні заходи виникненню певних нозологій [16]. Зазначені показники мають істотний взаємозв'язок із адаптацією до різноманітних зовнішніх умов, у тому числі і до дерматозів. За даними ряду науковців, максимальний ризик запальних захворювань шкіри відмічаються у осіб з пікнічним і астенічним типом тілобудови. Виявлено зв'язок не лише зі ступенем, але і з топографією підшкірного жировідкладення [14, 85, 86].

Новітні досягнення клінічної дерматології дають можливість спрогнозувати найвищу ефективність організації індивідуальної профілактики дерматозів, базуючись на знаннях конституціональних особливостей пацієнтів і процесів адаптації організму. Встановлено, що дерматози належать до мультифакторіальних захворювань, фенотиповий прояв яких має чітко означену конституціональну основу. Використання антропометричних методів в комплекс-

ному обстеженні пацієнтів із захворюваннями шкіри з метою виявлення закономірностей розвитку і прояву патологічного процесу у осіб з різними соматичними типами дотепер практично не застосовувалися. Тим не менш, морфометрія в сукупності з методами сучасної статистики дає можливість оцінити розмірності, що відповідають особам, які не схильні до себорейних дерматитів і, особам, схильним до зазначеного дерматозу [9, 30, 118].

Сучасні наукові здобутки практичної дерматології відкривають шлях до ефективної персоніфікованої профілактики захворювань шкіри, що ґрунтується на знаннях конституціональних рис пацієнтів. Загально відомо, що фізичний розвиток у осіб різних соматотипів у постнатальний період проходить не однотипно [14, 85, 92, 118, 152]. Проте, не зважаючи на значну кількість публікацій у цьому напрямку, питання зв'язку варіабельності антропометричних параметрів із розвитком себорейного дерматиту залишаються взагалі не вивченими як вітчизняними, так і закордонними науковцями, що і зумовило мету дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертації затверджена вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова МОЗ України (протокол № 6 від 24 грудня 2020 року). Назва теми уточнена вченою радою (протокол № 5 від 27 січня 2022 року). Дисертаційне дослідження виконується в рамках ініціативної наукової тематики кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова “Особливості виникнення та перебігу себорейного дерматиту: клініко-інструментальні та антропо-соматотипологічні аспекти” (№ державної реєстрації: 0121U113155). У її виконанні автору належать результати визначення клініко-анамнестичних і антропо-соматотипологічних показників у чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит.

Мета дослідження – на підставі аналізу особливостей антропометричних і соматотипологічних показників у чоловіків і жінок молодого віку, жителів Подільського регіону України, хворих на генералізовану жирну форму себо-

рейного дерматиту різного ступеня тяжкості, розробити прогностичні дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

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

1. Встановити клініко-анамнестичні особливості українських чоловіків і жінок хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

2. Встановити особливості антропометричних і соматотипологічних показників у чоловіків хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

3. Визначити особливості антропо-соматотипологічних показників у жінок хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

4. Дослідити прояви статевого диморфізму антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

5. Визначити кореляції показників ступенів вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними параметрами українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит.

6. Розробити та провести аналіз дискримінантних моделей ризику виникнення та особливостей перебігу себорейного дерматиту у чоловіків і жінок в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників.

Об'єкт дослідження – конституціональні маркери виникнення та перебігу себорейного дерматиту.

Предмет дослідження – особливості клініко-інструментальних і антропо-соматотипологічних показників у чоловіків і жінок молодого віку, хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

Методи дослідження: клініко-інструментальні – для верифікації діагнозу себорейного дерматиту та оцінки стану шкіри й волосся; анкетно-опитуваль-

ний – для встановлення ступеня вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя; антропометричні та соматотипологічні – для встановлення особливостей будови тіла; статистичного аналізу – для обґрунтування об'єктивності результатів дослідження та прогностичної оцінки ризику виникнення та особливостей перебігу себорейного дерматиту.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше між практично здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей більшості антропо-соматотипологічних показників. Між досліджуваними чоловіками або жінками з легким і тяжким перебігом дерматиту встановлено значно меншу кількість достовірних або тенденцій відмінностей розмірів тіла (більш виражено у жінок).

Уперше встановлені виражені прояви статевого диморфізму величини антропо-соматотипологічних показників між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками та жінками. Більшість параметрів достовірно більші у чоловіків і лише товщина шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча, передпліччі та на гомілці більша у представниць жіночої статі.

Уперше у чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу при аналізі кореляцій показника ступеня вираженості жирної шкіри або показника ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними показниками встановлено, що переважна кількість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків мають зворотній характер, більшість з яких, незалежно від статі, спостерігається при легкому перебігу захворювання.

Уперше розроблені та проведено аналіз достовірних дискримінантних моделей можливості виникнення себорейного дерматиту в українських жінок і чоловіків на основі особливостей показників будови та розмірів тіла.

Практичне значення одержаних результатів. Проведений аналіз клініко-анамнестичних даних дозволяє виокремити найбільш значимі фактори ризику

розвитку себорейного дерматиту, до яких належать стаж захворювання, умови праці, навколишнє середовище, шкідливі звички та емоційний стан пацієнта. Встановлені при різній тяжкості перебігу себорейного дерматиту характерні та відмінні один від одного клінічні прояви захворювання дозволяють своєчасно оцінити ризик генералізації процесу та призначити адекватну терапію.

Проведений аналіз діапазону мінливості антропо-соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого або тяжкого перебігу українськими чоловіками або жінками сприяє розумінню того, чи маємо ми справу з нормою або з патологією, та змушує акцентувати увагу на поглибленому обстеженні кожного конкретного пацієнта.

Побудовані в українських жінок і чоловіків дискримінантні моделі можливості виникнення себорейного дерматиту є важливим аспектом у процесі прийняття рішення про можливий варіант і час проведення превентивного лікування та ведення пацієнтів із даною патологією.

Результати проведених досліджень використовуються в лекційних курсах та практичних заняттях на кафедрах: шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, дерматології та венерології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, дерматовенерології Буковинського державного медичного університету, а також в практичній роботі лікарів консультативно-діагностичного відділу КНП Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної ради та шкіряно-венерологічного відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень проведеного дослідження. Автором самостійно проведено: патентно-інформаційний пошук; опитування пацієнтів для встановлення ступеня вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя; статистична обробка отриманих результатів; написані розділи «Огляд літератури», «Загальна методика і основні методи дослідження» та усі розділи власних досліджень; оформлені додатки. Разом із науковим керівником

проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження та сформульовані висновки. Дисертант приймав участь в проведенні клінічних і антропометричних обстежень хворих на себорейний дерматит українських чоловіків і жінок. В опублікованих із науковим керівником і колегами публікаціях, дисертанту належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей клініко-анамнестичних та антропо-соматотипологічних показників у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості пацієнтів. Первинні антропометричні показники практично здорових українських чоловіків і жінок аналогічного хворим віку отримані з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації викладені та обговорені на науково-практичній конференції «Київські дерматологічні дні 2021» (Київ, 2021); IV (XI) З'їзді Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів (Київ, 2021); науково-практичній конференції «Київські дерматологічні дні 2022» (Київ, 2022); науково-практичній конференції «Точки Дотику в дерматології та алергології» (Київ, 2022); науково-практичній конференції «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі» (Чернівці, 2022); науково-практичній конференції «Київські алергологічні дні 2022» (Київ, 2022); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання дерматовенерологічної допомоги в Україні» (Київ, 2022); X Міжнародній науково-практичній конференції “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (Мюнхен, 2023); VI Міжнародній науково-практичній конференції “European scientific congress” (Мадрид, 2023); XI Міжнародній науково-практичній конференції “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (Мюнхен, 2023).

Публікації. За матеріалами проведеного дисертаційного дослідження опубліковано 11 наукових праць (серед яких 6 самостійних). В наукових фахових журналах України опубліковано 6 статей (серед яких 1 відноситься до міжнародної наукометричної бази Web of Science). 2 статті опубліковані в закордонному

науковому журналі (Польща). В матеріалах міжнародних науково-практичних конференцій опубліковано 3 тези.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація представлена українською мовою на 216 сторінках (120 сторінок залікового машинописного тексту) і складається з анотації українською та англійською мовами, змісту, переліку скорочень, вступу, аналітичному огляду літератури, загальної методики й основних методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних літературних джерел, з яких 41 викладена кирилицею і 143 – латиницею, а також п'яти додатків. Дисертація ілюстрована 79 рисунками та 39 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез себорейного дерматиту

Себорейний дерматит – мультифакторіальне хронічне рецидивуюче запальної природи захворювання шкіри. При себорейному дерматиті характерні еритематозно-сквамозна вогнищева висипка, яка часто супроводжується свербіжем. Наразі багато авторів вважають, що поняття «себорея» і «себорейний дерматит» ідентичні. Проте, себорея – це стан шкіри, спричинений порушенням утворенням себіуму (шкірного сала), що може стати причиною розвитку вугрової хвороби. Себорейний дерматит – це самостійне захворювання, яке окремі дерматологи називають себорейною екземою. Більш тяжкі випадки можуть призвести до імунодефіциту ураженої шкіри та підвищеного ризику інфекцій. Себорейний дерматит не є передраковим станом [65, 132].

Згідно даних різних авторів поширеність себорейного дерматиту становить 1,5-5 %. Найчастіше на себорейний дерматит хворіють чоловіки. Дерматоз зустрічається і у дітей грудного віку (себорейний чепчик). Він розвивається у період першого-другого тижня життя та самостійно зникає до дев'ятого місяця. Себорейний дерматит розвивається у 20-25 % хлопчиків в період пубертату і у молодих людей 19-20 років. Наступний пік захворюваності припадає на вік 50-55 років. Дерматоз досить часто зустрічається у хворих зі слабким імунітетом. Так, при наявності ВІЛ-інфекції – в 30-83 %, хвороби Паркінсона – в 20-50 % випадків [161, 183].

Наразі єдиної точки зору на етіопатогенез себорейного дерматиту не існує. Виділяють ряд нейрогенних, психологічних, гормональних, імунних, інфекційних, метаболічних, генетичних факторів, що сприяють прояву даного дерматозу, які зумовлюють надмірну продукцію і якісну зміну шкірного сала, спричинене

функціональною активністю сальних залоз та збільшеною кількістю і активізацією грибків роду *Malassezia*. Психогенні фактори виступають в якості ланки в ланцюзі послідовних імунологічних процесів, що пояснює виникнення або загострення дерматозу лише в тісному зв'язку з основними факторами патогенезу [58, 162].

Дерматопатологія себорейного дерматиту достатньо неспецифічна, проте у поверхневій частині епідермісу зазвичай виявляється поверхневий периваскулярний інфільтрат лімфоцитів, акантоз, вогнищевий спонгіоз і вогнищевий паракератоз. Гістологічне прогресування від гострої до хронічної форми себорейного дерматиту характерно демонструє перехід від спонгіозу до псоріазоподібної гіперплазії та розвиток ліхеноїдного лімфоцитарного інфільтрату. Тяжка форма себорейного дерматиту часто пов'язана з некрозом кератиноцитів, вогнищевою деструкцією поверхні та лейкоцитоклазом [61].

Етіологію себорейного дерматиту остаточно не з'ясовано. В дерматології початок ХХ століття ознаменувався розглядом себорейного дерматиту як інфекційне захворювання, що спричинюється грибами роду *Malassezia* [28].

На сьогодні, попри відсутність єдиної загально визнаної концепції розвитку себорейного дерматиту, виділено 2 основних чинники: гіперколонізація грибами роду *Malassezia* та генетична предиспозиція до розвитку себорейного дерматиту. Гриби роду *Malassezia* належать до групи ліпофільних мікроорганізмів та єдиних у своєму роді резидентними комменсалами нормального мікробіоту шкіри. В роді *Malassezia* виділено близько 17 видів, 10 з яких можна виявити у людини: *M. sympodialis*, *M. obtusa*, *M. dermatis*, *M. japonica*, *M. furfur*, *M. sloofiae*, *M. yamatoensis*, *M. arunalokei*, *M. restricta*, *M. globosa*, причому два останніх найбільш часто зустрічаються саме у хворих із себорейним дерматитом [148].

Між ступенем обсіменіння *Malassezia spp.* та тяжкістю перебігу себорейного дерматиту визначено позитивний кореляційний зв'язок [103].

Грибам даного роду властива стимуляція синтезу прозапального інтерлейкіну-1 β та порушення профілю експресії решти прозапальних цитокінів завдяки активації дектину-1 і Syk-сигнального каскаду [103].

Гриби роду *Malassezia* не володіють здатністю продукувати ферменти для синтезу жирних кислот, саме тому зростання їх числа в переважній більшості залежить від наявності в навколишньому середовищі ліпідного джерела та від сили експресії різноманітних видів ліпаз [133]. Під їх впливом тригліцериди себіуму розщеплюються до олеїнової та арахідонової кислоти [150].

Зазначені ненасичені жирні кислоти порушують процес розмежування кератиноцитів, а отже розвивається паракератоз, нагромадження крапель жиру в кератиноцитах та порушується будова оболонок корнеоцитів. Все це спричинює дезорганізацію рогового шару і, зрозумілим чином, порушення функції шкірного бар'єру та розвиток реакцій запалення [178].

Крім зазначеного механізму, арахідонова кислота, є джерелом простагландинів, які підтримують запальний процес шляхом стимуляції нейтрофілів та вазодилатації [101].

Тим не менш, ряд авторів у своїх дослідженнях ставлять під сумнів пріоритетну роль грибів роду *Malassezia* у патогенезі себорейного дерматиту. Ці мікроорганізми належать до диморфів: в дріжджовій формі поведуться як комменсали шкіри; міцелярну форму гриба можна розглядати як патогенну. При себорейному дерматиті дані гриби знаходяться в дріжджовій формі [41].

У дослідженні Kamamoto C. S. L. і співавт. [103] оцінювали забрудненість грибами *Malassezia* spp. у хворих із середньотяжким і тяжким перебігом дерматозу до і після 6-місячного курсу лікування ізотретиноїном або спецшампунем. Попри досягнення ремісії після проходження обох методів лікування, суттєвих змін в числі колонізації грибів роду *Malassezia* не відмічалось.

Зазначені факти призвели до того, що теорію патогенезу себорейного дерматиту повторно переглянули. В публікаціях останніх років, де дерматоз розглядається в ракурсі мультифакторіальності, при якому гриби роду *Malassezia* є пусковим фактором розвитку себорейного дерматиту у осіб схильних до нього [66, 177].

Процес салоутворення в організмі регулюється двома основними механізмами: нейрогенним і гормональним. Нейрогенну регуляцію здійснює вегетатив-

на нервова система. Дана обставина, наприклад, пояснює підвищену екскрецію шкірного сала і пітливість при різних вегетативних порушеннях, а клінічні прояви себорейного дерматиту часто з'являються після перенесеного стресу [125, 167].

Центральна нервова система і шкіра пов'язані через ембріологічне походження; таким чином, деякі гормони, нейромедіатори та рецептори є спільними для обох. Реалізація генетичної програми, що приводить до маніфестації себорейного процесу, здійснюється за участю нейроендокринної системи. Саме нейроендокринна система першою здатна реагувати на зовнішні впливи, тобто є своєрідним посередником між зовнішнім середовищем і шкірою [95].

Психологічні фактори відіграють центральну роль у виникненні, загостренні та ремісії себорейного дерматиту. Однак для підтвердження цієї точки зору існує мало наукових доказів. Крім того, є дуже обмежені дані про наявність профілів особистості, що призводять до емоційної дисрегуляції, таких як алекситимія та супутні психіатричні розлади у даних пацієнтів [7].

Дослідження Holmes A. і колег [99] показало, що рівень тривожності був значно вищим у пацієнтів із себорейним дерматитом порівняно зі здоровими контрольними групами, але не було вираженої асоціації з алекситимією, депресією або нав'язливо-компульсивними симптомами. Дерматологи повинні бути особливо пильними щодо можливості паралельної психіатричної захворюваності у пацієнтів із себорейним дерматитом з метою поліпшення самопочуття пацієнтів. У частини пацієнтів виникає хибне коло: дерматоз викликається або погіршується стресом, а саме загострення, в свою чергу, є основним стресогенним стимулом.

A. I. Gul і співавт. [95] повідомлено про встановлення взаємозв'язку між себорейним дерматитом та загальними психіатричними розладами, а також основними рисами особистості у хворих на себорейний дерматит. Виявлено достовірно вищі показники депресії та тривожності у хворих на себорейний дерматит порівняно з контрольною групою. Крім того, серед цих пацієнтів було виявлено значно більше соматизації та невротичних властивостей особистості. Ці дані по-

казують, що, ймовірно, хворі на себорейний дерматит можуть соматизувати свої емоції. Це відображає ймовірний взаємний зв'язок між себорейним дерматитом, рисами особистості та психологічним стресом.

Так, Vas Y. і співавт. [62] визначено, що даний дерматоз зустрічається у молодих людей частіше, ніж у зрілому віці, а також з ним асоційований холеричний тип темпераменту.

F. Dehghani та співавт. [77] також встановили тісний зв'язок зі стресом. Проте, доведено, що стрес сам по собі менш важливий, ніж тип сприйняття пацієнтом стресової ситуації.

Підвищене виділення шкірного сала спостерігається у пацієнтів з хворобою Паркінсона, паралічем черепних нервів. Дестабілізація вегетативної і гормональної систем у хворих, можливо, пов'язана зі спадковою дезінтеграцією антиноцицептивної системи гіпоталамуса, яка контролює рівень опіатних нейропептидів крові, а через гіпофіз – з функціональним станом органів ендокринної системи [53, 54, 158].

Повідомляється про клінічно значущі відмінності шкіри між етнічними групами, особливо це стосується не лише кольору шкіри (до захворювання схильні частіше люди з білою шкірою), а процесів утворення і виділення шкірного сала [155, 180].

Генетична природа захворювання обґрунтовується можливістю нерегулярного домінування себорейного дерматиту і найчастішим проявом у пацієнтів з III (B) групою крові [157].

Припускають, що одним із головних чинників розвитку себорейного дерматиту є спадкова схильність. При цьому характерна так звана «себорейна конституція», яка відображає високу генетичну схильність до розвитку даного захворювання. Зазвичай у таких пацієнтів виявляється сімейний анамнез [62, 65].

Проведений Adalsteinsson J. A. і співавт. [43] аналіз HLA-антигенів I класу і специфічності DRB1, DQA1, DQB1 II класу у пацієнтів з даним захворюванням шкіри обґрунтував існування генетичної детермінованості даного захворювання

та відніс до числа ймовірних маркерів антигени I класу A10 і A23. Змінюється мікробіота шкіри і знижуються її бактерицидні властивості, створюється сприятливе середовище для патогенної флори, що провокує запалення.

В розвитку себорейного дерматиту також важливу роль відіграє гормональний дисбаланс. В гормональній регуляції вироблення шкірного сала беруть участь кора надниркових залоз, гіпоталамус, гіпофіз, статеві залози, гормони яких впливають на рецептори, розташовані на себоцитах. Безпосередньо секрецію шкірного сала контролюють андрогени, оскільки на поверхні себоцитів та епідермоцитів розташовані їх афінні рецептори [137].

Рівень загального тестостерону в крові у більшості хворих на себорейний дерматит знаходиться в межах норми, проте конверсія тестостерону в 20-30 разів вище в порівнянні зі здоровими досліджуваними. На уражених ділянках шкіри цей процес протікає найбільш інтенсивно [91].

Є дані про більш високу частоту себорейного дерматиту в осіб з ожирінням, проте точний механізм розвитку невідомий. Зниження рівня естрогенів є сприяючим чинником розвитку захворювання у жінок в менопаузі [146, 162].

У хворих на себорейний дерматит підвищена експресія Toll-подібних рецепторів, їх активація під впливом різних патогенів на макрофаги та інші клітини вродженого імунітету зумовлює експресію безлічі генів хемокинів та прозапальних цитокінів [100].

Механізм індивідуальної схильності людини до появи себореї залишається практично невивченим. Ймовірно, це вроджені порушення проникності шкіри, бар'єрної функції рогового шару та імунної реакції на вільні жирні кислоти або білки та полісахариди [61]. Таким чином, поліморфність гістологічних та клінічних форм себорейного дерматиту обґрунтовує його мультифакторіальну природу, що поєднує як генетичну схильність, так порушення обміну речовин та адекватного контролю роботи клітинного циклу.

1.2. Використання інструментальних методів дослідження у хворих на себорейний дерматит для коректної діагностики та оцінки ефективності лікування даного захворювання

Лікування себорейного дерматиту вимагає відповідного діагнозу, який у багатьох випадках становить складний процес. Біопсія шкіри – це встановлена діагностична процедура, яка пов'язує методологію клінічної діагностики з невидимим неозброєним оком мікроскопічним полем патології шкіри. Беручи до уваги можливості та обмеження оптичної мікроскопії та ознаки виконання інвазивної методики, дерматологи часто покладаються на біопсію шкіри для підвищення їх діагностичних здібностей. Проте, за допомогою біопсії шкіри не завжди вдається виконати діагностичне завдання при себорейному дерматиті, до того ж процедура є дискомфортною та інвазивною [73].

В останні роки в дерматології відзначається активний розвиток неінвазивних інструментальних методів діагностики, що дозволяють лікарю-клініцисту отримати необхідну достовірну інформацію про шкіру та її придатки без порушення їх цілісності. Серед цих методів слід виділити дерматоскопію, оптичну топографію, відеомоніторинг, оптичну когерентну томографію і 3D-моделювання шкіри, конфокальну мікроскопію, високочастотне УЗД шкіри. Кожен з вище перерахованих методів дає можливість проводити оцінку структури шкірних покривів в нормі і при патології на різній глибині та з різною роздільною здатністю [63].

Традиційно при підозрі на жирну себорею обличчя і волосистої частини голови уражені ділянки як би промокають цигарковим папером або проводять нею, витираючи поверхню шкіри, волосся. На папері залишаються ясно видимі жирні плями. Для диференціації з можливими плямами від поту папір залишають на 1-2 ч. Піт випаровується, папір робиться сухим і чистим, чого не буває при себорейному дерматиті [71].

Дерматоскопія шкіри – неінвазивний метод діагностики дерматозів, який

дозволяє за допомогою кращої візуалізації поверхневих структур шкіри оцінити їх морфологію, невидиму неозброєним оком. Методика полягає у нанесенні гелю, масла, спиртового розчину або води на ділянку шкіри з наступним вивченням її за допомогою дерматоскопа, цифрових фіксуючих пристроїв, стереомікроскопа, що дозволяє збільшити зображення в 6-40 разів [70].

При дерматоскопії вогнищ себорейного кератозу визначають підвищення і складки («мозгоподібні звивини»), комедоподібні крипти, гіперкератоз. Видно лише тонкі судинні багатокутники і звивисті судини (у вигляді шпильок, «рогові перлини» по периферії) на фоні незміненого кольору шкіри [176].

Зображення, отримані за допомогою дерматоскопу із використанням поляризованого світла, не повністю ідентичні отриманим за допомогою іммерсійного дерматоскопа. При проведенні безконтактної дерматоскопії з поляризованим світлом тиск на досліджувану поверхню відсутній, завдяки чому не відбувається знекровлення судин і вони краще візуалізуються. В той же час іммерсійна дерматоскопія дозволяє краще оглядати структури, характерні для себорейного дерматиту і кератозу [60, 176].

Останнім часом портативність дерматоскопа дозволила використовувати його в телемедичному середовищі [176] для надання послуг дерматолога пацієнтам, які проживають у сільській місцевості та віддалених районах [120]. Доведено, що це покращує точність діагностики та зменшує витрати на охорону здоров'я. Дермоскопічні зображення пацієнтів в сільській місцевості, можуть бути виконані мобільними телефонами та завантажені на хмарну платформу [84], а потім ці зображення можуть бути інтерпретовані дерматологами в міських клініках.

До того ж, новітні досягнення в сфері машинного навчання і штучного інтелекту і дозволяють проводити комп'ютерну діагностику уражень шкіри на ґрунті дермоскопічних зображень, що має високу діагностичну чутливість і специфічність. Діагностика уражень шкіри за допомогою штучного інтелекту на основі клінічних і дермоскопічних зображень є швидко прогресуючою сферою досліджень і, ймовірно, призведе до значних змін у способах практики дерматології в майбутньому [60, 175].

Трихоскопія належить до неінвазивних методів у діагностиці себорейного дерматиту переважно волосистої частини голови. Збільшене за допомогою лінз зображення дозволяє точно оцінити стан стрижня, міжфолікулярних ділянок шкіри, фолікула волосини та судинної сітки. Під'єднання трихоскопа до комп'ютерної системи забезпечує зберігання і обробку у спеціальних програмах зображення. За даними літератури, використання трихоскопії підвищує точність клінічної діагностики та диференційної діагностики себорейного дерматиту. При трихоскопії себорейного дерматиту притаманний судинний малюнок, проте особливістю є присутність дрібних капілярів, що деревоподібно галузяться. Лущення в даному випадку жирне, біло-жовтого кольору (в центральній частині луски – жовтувате забарвлення, а на периферії – білого кольору обідок) [181].

Вченими зі штату Каліфорнія опробовано і продемонстровано мобільну мультиспектральну систему візуалізації, підключену до смартфона для діагностики себорейного дерматиту та дифдіагностики між себорейним дерматитом та псоріазом на шкірі голови, що є досить складним процесом. Було виявлено, що за спектральними ознаками ці дерматози суттєво відрізняються. Ці результати свідчать про те, що мультиспектральна система візуалізації має величезний потенціал для самодіагностики себорейного дерматиту з високою переносимістю та специфічністю [60, 84].

Псоріаз волосистої частини голови та себорейний дерматит мають різні дермоскопічні патерни. Дермоскопія може бути цінною для клінічної діагностики та диференціальної діагностики псоріазу голови, розацеа та себорейного дерматиту [64, 181].

Відносна низька фінансова вартість та доступність застосування дермоскопії стало звичним явищем у клініці дерматології. Попри всі переваги дермоскопії, метод має ряд обмежень. Недоліком його є те, що він забезпечує лише горизонтальну візуалізацію поверхневих структур шкіри без досягнення роздільної здатності на клітинному рівні [64].

Так, оптична топоμεрія та відеомоніторинг, 3D-моделювання шкіри – безконтактні технології, за допомогою яких в режимі реального часу можна ана-

лізувати та об'єктивно оцінювати мікро- і макрорельєф шкіри з наступною реєстрацією кількісних показників. Від фотографування вище перераховані методи відрізняються можливістю дослідження шкіри в тривимірному просторі, що вкрай важливо, оскільки вона не є абсолютно рівною. Дані технологічні пристосування в силу своєї неінвазивності здатні лише побічно відображати процеси, які мають місце в глибоких шарах шкіри [145].

Оптична когерентна томографія шкіри – метод неінвазивного дослідження, де в якості зондуючого випромінювання використовується світло ближнього інфрачервоного діапазону. Шкіра і слизові оболонки являють собою структури різної щільності, а отже є оптично неоднорідними. Інфрачервоне світло на межі двох середовищ із різною щільністю, частково відбивається від неї та розсіюється. За коефіцієнтом зворотного розсіювання світла, можливо отримати інформацію про будову тканини на певній ділянці шкіри. Він забезпечує неінвазивне тривимірне (поперечне або анфас) зображення шкіри в реальному часі. Метод здатний забезпечити високу роздільну здатність на клітинному рівні з аксіальною роздільною здатністю 1-15 мкм та проникає в шкіру на глибину приблизно 0,4-2 мм. Цей нещодавно розроблений інструмент візуалізації можна використовувати для візуалізації поверхневих структур епідермісу та верхньої частини дерми [143, 174, 179].

Контактний дерматит, псоріаз і себорейний дерматит мають подібні клінічні прояви. В основному, для дифдіагностики застосовувалась така інвазивна, небажана діагностична процедура, як біопсія. Зображення, отримані за допомогою оптичної когерентної томографії шкіри дозволяють відрізнити псоріаз від себорейного дерматиту шляхом об'єктивного виявлення та оцінки щільності червоних петель. При контактному дерматиті волосистої частини голови судини глибокого сплетення більш розширені і мають меншу кількість, ніж при себорейному дерматиті [151].

Ультразвукове сканування шкіри (дерматосонографія) засноване на взаємодії ультразвуку з тканинами тіла людини, які володіють різними акустичними характеристиками. Роздільна здатність необхідна для візуалізації структур шкіри

забезпечується підвищенням частоти ультразвукової хвилі при одночасному сильному ослабленні амплітуди сигналу в більш глибоких шарах тканин. Дермато-сонографія з частотами 20-100 МГц відкриває на сьогоднішній день широкі можливості для клінічної та експериментальної дерматології, оскільки дозволяє диференціювати структури епідермісу, дерми, підшкірної жирової клітковини і фасції в нормі і при патології [160, 165].

У зарубіжній і вітчизняній літературі є дані про використання ультразвукового сканування для вивчення структури шкіри при себорейному дерматиті та інших подібних за клінічною картиною дерматозів. Так, вульгарна пухирчатка та себорейний дерматит на ранніх стадіях мають відносно специфічні еритематозні прояви. Внутрішньоепідермальні гіпоехогенні/анехогенні смуги при вульгарній пухирчатці на ранніх стадіях та епідермальні нерівності для себорейного дерматиту є найбільш специфічними [68, 153].

Конфокальна лазерна скануюча мікроскопія – на сьогоднішній день найбільш інформативний метод неінвазивної діагностики, що дозволяє отримати зображення епідермісу та верхньої частини дерми з дозволом, що наближений до звичайної світлової мікроскопії. Використання конфокального лазерного скануючого мікроскопа дозволяє в режимі реального часу візуалізувати, оцінювати та аналізувати структурно-функціональні зміни шкіри, потові залози, волосяні фолікули і сальні залози, а також спостерігати за перебігом захворювання і динамікою лікування при себорейному дерматиті [8, 71].

На сьогоднішній день в арсеналі дерматологів є різні інструментальні методи візуальної діагностики себорейного дерматиту, що дозволяють швидко, в режимі реального часу об'єктивно фіксувати морфо-функціональні зміни, що відбуваються в шкірі при даній патології. Для нівелювання обмежень кожного з методів діагностики необхідно комбінувати їх між собою. Доповнюючи один одного, ці методи дозволять отримати повну візуальну і об'єктивну інформацію про шкіру і її придатки, провести дифдіагностику між себорейним дерматитом і іншими дерматозами, оцінити динаміку захворювання та ефективність лікування.

1.3. Конституціональні маркери виникнення і особливостей перебігу захворювань шкіри та її придатків

До сьогодні накопичено достатню кількість наукових даних, які свідчать про конституціональну зумовленість параметрів життєдіяльності організму людини на різних рівнях, що являє собою особливу цінність в клініці [159]. Широко вивчені конституціональні маркери захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, органів зору, кістково-суглобової та ін. систем організму. Доведено, що соматотип, вираженість та онтогенетична модифікація окремих компонентів складу тіла здійснюють вплив на роботу органів, окремих систем та в цілому на організм [17, 115].

А. В. Гара зі співавт. [10] встановили критерії і особливості перебігу atopічного дерматиту у подільських підлітків, базуючись на аналізі антропосоматотипологічних і дерматогліфічних показників. У хворих на atopічний дерматит порівняно з контрольною групою встановлені менші значення ендоморфного компонента соматотипу, жирового й кісткового компонентів маси тіла.

В. В. Чеботарев і співавт. [38] у пацієнтів з різними ступенями тяжкості акне визначено переважаючий тип статури. У пацієнтів з легким перебігом дерматозу переважав мезоморфний соматотип, а у пацієнтів з тяжким перебігом переважали ендоморфний та екторморфний типи тілобудови, мезоморфний соматотип відмічено у 24 %, а невизначений у 10 % пацієнтів.

І. М. Макарчук [19-21] встановлено, що порівняно з групою контролю у хворих на вугрову хворобу осіб юнацького віку поперечні, тотальні та поздовжні розміри мають більші, а товщина жирових складок – менші значення. У хворих досліджуваних мезоморфного соматотипу порівняно зі здоровими з аналогічним типом тілобудови встановлено менше число достовірних відмінностей обхватних розмірів тіла порівняно із кількістю відмінностей між цими ж групами порівняння, але без урахування соматотипу.

І. О. Чаплик-Чижо [34, 36] встановлено відмінності розподілу типів тілобу-

дови між хворими на різні форми піодермії першого зрілого віку та групою контролю, які проживають на території Західного регіону України. Встановлені відмінності антропометричних показників, показників компонентного складу маси тіла і компонентів соматотипу між здоровими обох статей та хворими на піодермії, між хворими з різними формами та типом перебігу дерматозу. Більшість відмінностей конституціональних параметрів у представників чоловічої статі стосується товщини шкірно-жирових складок, а у жінок – поперечних, тотальних, обхватних розмірів тіла, ширини дистальних епіфізів кінцівок.

Е. О. Мурзіною [22] у дітей з псоріазом порівняно із групою контролю встановлено дещо більший відсоток досліджуваних із більшими значеннями показника індексу маси тіла. Відношення шансів розвитку псоріазу при підвищеному показнику індексу маси тіла дорівнює 1,12, що свідчить про тенденцію збільшення індексу маси тіла у дітей всієї популяції.

Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад і співавт. [48, 49, 52] між практично здоровими та хворими на істинну і мікробну екзему легкого або важкого перебігу українськими чоловіками встановлені відмінності більшості антропометричних і соматотипологічних показників. Між хворими на різні форми екземи легкого або важкого перебігу чоловіками встановлено відмінності для більшості поздовжніх розмірів тіла, ширини плечей, обхвату ший та товщина шкірно-жирових складок на стегні та на боці. Встановлено «субпатологічний» тип конституції: витягнутий «циліндроподібний» тулуб, вкорочені нижні кінцівки, більш масивні дистальні та менш масивні проксимальні епіфізи верхніх і нижніх кінцівок. Визначено відсоткові частки осіб із певними психодинамічними особливостями особистості, типом темпераменту, вираженістю акцентуєваних рис особистості та рівнем суб'єктивного контролю серед досліджуваних. На основі особливостей антропосоматотипологічних параметрів розроблені дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу дерматозу в українських чоловіків.

S. V. Dmytrenko і співавт. [83] та Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh і співавт. [139-141] у хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу українських чоловіків без та з урахуванням соматотипу встановили відмінності як за рі-

зними морфометричними показниками статури, так і за специфікою особливостей особистості. Визначено «субпатологічні» конституціональні типи: бочкоподібний видовжений тулуб на тлі укорочених нижніх кінцівок та проявами «андройдного» типу відкладення жиру в організмі. Встановлено відсоткові частки осіб із певними особливостями особистості. На основі конституціональних параметрів тіла розроблені дискримінантні моделі, які надають можливість спрогнозувати можливість виникнення та перебігу псоріазу в українських чоловіків без урахування соматотипу та у представників ендо-мезоморфного і мезоморфного соматотипів.

Китайськими вченими встановлено, що більші значення відношення окружності тулуба до висоти відмічалось у хворих з тяжким і середнім перебігом псоріазу порівняно з групою контролю і з пацієнтами з легким перебігом [69].

Також у індійській популяції дітей хворих на псоріаз виявлено більші значення індексу маси тіла порівняно зі здоровими однолітками [72].

У хворих на псоріаз визначено більші значення маси тіла і жирової маси, а також відсотка жиру в організмі, суттєве підвищення показника вісцерального жиру та індексу маси тіла порівняно з групою контролю [72, 88].

Крім того, тяжкість псоріазу має сильні кореляції з індексом маси тіла [126].

Проте, за даними турецьких колег [94], індекс абдомінальної жирової маси взагалі не мав кореляцій з проявом псоріазу, з тяжкістю його перебігу та з індексом маси абдомінального жиру.

Z. Alі та групою колег [46] встановлено позитивний кореляційний зв'язок між атопічним дерматитом і ожирінням у досліджуваних дітей віком до 2 років. Подібні результати були отримані на популяції Кувейту. Так, у хворих на акне шляхом багатофакторного аналізу визначено тісний і сильний зв'язок акне з віком, статтю, етнічною приналежністю та індексом маси тіла. До того ж, стосовно акне середнього та тяжкого ступеня простежується чіткий сімейний анамнез та зменшення фенотипового прояву дерматозу при зниженні індексу маси і контролю ваги тіла [47].

В ряді досліджень встановлено зв'язок між хронічною спонтанною кропив'янкою та індексом маси тіла або метаболічним синдромом [117, 166, 184].

На відміну від цього, результати дослідження французьких вчених заперечують той факт, що ожиріння пов'язане з тяжким перебігом даного захворювання [170].

Корейськими вченими в ході довгострокового ретроспективного когортного дослідження з використанням загальнонаціональної бази після поправки на демографічні фактори та супутні захворювання встановлено, що саме абдомінальне ожиріння може відігравати роль у розвитку хронічної спонтанної кропив'янки. Запропонований зв'язок між ожирінням і хронічної спонтанної кропив'янки може розширити наше розуміння патогенезу та супутніх захворювань при даному дерматозі [112].

A. Ascott і співавт. [57] у хворих на atopічну екзему встановили, що вищий ризик набору надлишкової ваги або ожиріння порівняно з групою контролю. Тим не менш, зв'язків між підвищеною вагою тіла та ступенем тяжкості протікання дерматозу не було виявлено.

У дітей шкільного віку, що страждають на надмірну вагу тіла та ожиріння відмічались більші за площею меланоцитарні невуси [114].

S. Li та співавт. [123], L. Lu та співавт. [127], I. Snast та співавт. [168] в ході довготривалого спостереження за пацієнтами з розацеа визначили, що дерматоз має більший ризик прояву при підвищенні індексу маси тіла більше 35 і при наростанні показників обхвату стегон і талії.

Встановлено, що у хворих на себореїний дерматит рівень ліпопротеїнів високої щільності, глюкози в крові натщесерце, систолічного та діастолічного артеріального тиску та окружності талії у групі пацієнтів був статистично значуще нижчим, ніж у групі контролю, що може бути застосовано в якості прогностичних факторів для скринінгу [169].

K. Lech і A. Reich [119] у пацієнтів з такими підтипами дерматозу як комедонові вугри, папуло-пустульозні вугри та вузлово-кістозні акне встановили залежність між його проявом і індексом маси тіла.

L. E. Anaba та співавт. [56] встановили, що підлітки з високим індексом маси тіла частіше страждають на вульгарні вугри на обличчі, але тяжкість вугрів не залежить від індексу маси тіла. А у жінок із системним червоним вовчаком ожиріння асоціюється з важчими ускладненнями і гіршими результатами лікування [149].

S. H. Deshpande і колеги [78] вивчили і обґрунтували актуальність і клініко-діагностичне значення дослідження долонної дерматогліфіки (значне підвищення числа ульнарних петель у обох статей, нечасте – у чоловіків променевих петель, а у жінок арок) для прогнозування виникнення екземи.

S. V. Dmytrenko та співавт. [82] встановлено, що у чоловіків з іхтіозом буда вища інтенсивність гребінчастого рахунку великого пальця і мізинця, менші значення кутів ctd на обох руках і кута atb на лівій руці, а також більші значення сегмента $c-t$ і індексу Каммінса правої кисті порівняно зі здоровими однолітками. У жінок з іхтіозом відмічено низьку інтенсивність гребінця підмізинного пальця правої кисті, малі значення гребінця $c-d$ – на лівій кисті, $b-c$ – на правій та $a-b$ на обох руках, а також менші розміри сегмента $c-t$ у порівнянні з групою контролю.

В. Г. Черкасов і співавт. [39] у хворих на атопічний дерматит спостерігалась простота візерунків пальцевих подушечок, переважали дуги, малюнка долоні відрізнявся насиченістю.

P. V. Gole з колегами [93] у хворих на вітіліго визначили суттєво більшу частоту завитків порівняно із здоровими досліджуваними. У осіб, які мали більше ніж два-три завитки виявився значно вищий ризик генералізації дерматозу. Серед європейців загальна успадкованість вітіліго сягає близько 40 %, а серед близнюків – відповідно 75-84 %.

H. M. Merve та співавт. [131] прийшли до висновку, що хворіють на псоріаз однозначно частіше родичі хворих першого-другого ступеня спорідненості порівняно із загальною популяцією. До того ж, ризик псоріазу вищий у монозиготних порівняно із дизиготними близнюками. Зафіксовано більше 15 різноманітних локусів схильності до псоріазу в ході проведення генетичного аналізу членів родин, де зустрічається псоріаз.

Встановлено, що чоловікам, хворим на псоріаз притаманний мезоморфний і макроморфний тип тілобудови на фоні високих значень показника жирової і кісткової маси і більшої довжини кінцівок відносно довжини тулуба [29].

О. У. Maievskiy та колеги [128] встановили, що хворіючих на акне зустрічається більший відсоток ендо-мезоморфів, мезоморфів і менший – екто-мезоморфів. Серед жіночої статі визначено більше представниць мезоморфного типу тілобудови і менше – ендоморфного. У дівчат і хлопців суттєвих відмінностей по розподілу типу тілобудови в групах з різним ступенем тяжкості не відзначалося.

L. R. Mateshuk-Vatseba та співавт. [129] у хворих на гостру та хронічну піодермію чоловіків встановлено більшу величину ендо- та мезоморфних компонентів соматотипу, товщини шкірно-жирових складок та жирової маси тіла, а у жінок більші величини тотальних, обхватних і поперечних розмірів тіла, ширини дистальних епіфізів довгих кісток кінцівок та мезоморфного компонента соматотипу у порівнянні із здоровими досліджуваними.

Американські популяційні дослідження встановили, що власники чорної шкіри та мешканці Азіатсько-Тихоокеанських островів найчастіше хворіють на atopічний дерматит, ніж європеоїди. Більша захворюваність на дане захворювання були зафіксовані у мешканців Океанії та Африки порівняно з населенням Індії та Північної, Східної Європи. У Сполучених Штатах поширеність захворювання була вищою серед афроамериканців порівняно з білошкірими особами [75, 163].

В ході наукового дослідження Terzi E. та ін. [173] встановили тісний зв'язок групи крові АВ і О з ризиком прояву вульгарних вугрів.

S. Önder і F. Y. Etgü [144] відмітили у хворих на хронічну спонтанну кропив'янку підвищення частоти Rh (-) і зниження частоти Rh (+) порівняно із здоровими досліджуваними.

C. Kjaer і співавт. [113] виявив у мешканців Данії тенденцію до вищої частоти серед хворих на atopічний дерматит груп крові АВ і В, що відповідає результатам, отриманих попередниками.

Проведений огляд літературних джерел вказує на те, що себорейний дерматит належить до мультифакторіальних захворювань із складним та багатогранним патогенезом. Роботи останніх років віддзеркалюють участь в патогенезі себорейного дерматиту практично всіх інтегруючих систем організму та головних ланок його базових функціональних систем. У фенотиповому прояві себорейного дерматиту залучені як екзогенні (фізико-хімічні, біологічні), так і ендогенні (нервова система, генетична схильність та імунні порушення) фактори. Патогенетичні механізми дерматиту поліморфні та не суперечать, а доповнюють один одного. Вивчення конституціональних та психологічних особливостей себорейного дерматиту у мешканців України таким чином є перспективним напрямком дослідження.

Із проведеного огляду літературних джерел стало відомо, що інформації стосовно етіопатогенезу себорейного дерматиту накопичено достатньо багато, проте переходу кількості в якість поки не відбулося, оскільки не сталося того якісного прориву в застосуванні персоніфікованих алгоритмів діагностики і ведення хворих, які суміщають в собі уявлення доказової медицини з урахуванням конституційних і психологічних особливостей пацієнта. Таким чином, якщо розглядати себорейний дерматит з точки зору мультифакторіальності, а це необхідно для досягнення максимальної ефективності терапевтичних втручань, то доводиться визнавати, що існуючі підходи пошуку конституційних і психологічних особливостей у кожного конкретного індивідуума потребують ретельного вивчення і доопрацювання.

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені в статті у фаховому науковому журналі [110].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження

Згідно мети та задач дослідження було проведено обстеження 40 чоловіків і 40 жінок молодого віку (25-44 роки згідно вікової періодизації ВООЗ, 2015) хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту на базі кафедри шкірних і венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Ретроспективний аналіз включав оцінку паспортних, анамнестичних, клінічних даних.

Діагноз себорейного дерматиту встановлювали на підставі скарг досліджуваного, анамнезу життя і хвороби, огляду обличчя, волосистої частини голови, тулуба та кінцівок із оцінкою суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювання. Критерії включення пацієнта у дослідження: наявність себорейного дерматиту у чоловіків і жінок віком від 25 до 44 років, підписано інформовану згоду на участь у дослідженні. Критерії виключення пацієнта із дослідження: супутня патологія у стадії загострення, печінкова недостатність, хронічні хвороби нирок, злоякісні утворення, синдром мальабсорбції, хронічний алкоголізм, психічні захворювання, первинний гіперпаратиреоз, гіперчутливість до УФ променів, період лактації, вагітність, прийом препаратів, інгібуючих і порушуючих метаболізм вітаміну D, надсильні фізичні і емоційні перенавантаження, робота у нічний час, терапія протягом останніх 3 місяців кортикостероїдами, проти-грибковими, протиепілептичними і вітамінними препаратами, позитивний тест на ВІЛ. Усі обстеження чоловіків і жінок проводилися за принципом інформованої згоди.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету

ім. М. І. Пирогова (протоколи № 10 від 26.11.2020 та № 5 від 25.05.2023) встановлено, що дослідження не суперечать основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ та законам України.

2.1.1. Клінічна характеристика хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту.

Клінічно у всіх хворих із себорейним дерматитом висипання носили генералізований характер – зверху до низу, розташовувались на шкірі волосистої частини голови, чола, брів, повік, обличчя, носо-щічних та носо-губних складках, на підборідді, вушних та заушних раковин, в зовнішньому слуховому проході, по середній лінії на тулубі з переді та заді, переважно в ділянці грудини та лопаток, та у великих складках.

При легкій стадії себорейного дерматиту хворі скаржились на незначний свербіж або почервоніння. Однією з ранніх об'єктивних ознак захворювання були маленькі рожево – червоні, рожево-жовтуваті лускаті плями – «себороїди», схильні до злиття, об'єднуючись в плоскі, плямисті диски розміром в монети різного гатунку; вкриті жирними віскоподібними пластинчастими біло-сірими лусочками або кірочками.

При тяжкій стадії себорейного дерматиту хворі скаржились на інтенсивний свербіж, печіння, рідко біль. Об'єктивно – формувались чітко відмежовані бляшки «себороїди», які часто зливались і займали велику площу з поширенням на шкіру чола «себорейна корона». При тривалому перебігу себорейного дерматиту в ділянці голови відмічалася «себорейна алопеція».

На тулубі та кінцівках висипання приймали ексфоліативний дерматит: з вигляді овальної, округлої або неправильної форми рожевих-червоних себороїдів з лущенням та чіткими межами, у центрі – дрібновузликові елементи, рідко на яких, відмічали пухирці. У складках шкіри спостерігалася еритема, набряк, мокнуття, болючі тріщини, серозно-гнійні лусочки-кірки. Рідше, вторинне інфікування та поширення вторинної піодермії за межі початкових вогнищ уражен-

ня шкіри.

Клінічний випадок 1. Пацієнт В., 26 років (рис. 2.1-2.3), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж, почервоніння, жирність шкіри обличчя, голови та тулуба. OSSAS=35 балів; OSIS=7 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг.



Рис. 2.1. Пацієнт В., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. В ділянці обличчя симптом «себорейний метелик».

Клінічний випадок 2. Пацієнт Ж., 37 років (рис. 2.4, 2.5), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж, почервоніння, жирність шкіри обличчя, голови.. OSSAS=29 балів; OSIS=7 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг.



Рис. 2.2. Пацієнт В., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. На волосистій частині голови – «себорейні бляшки з віскоподібним луценням».



Рис. 2.3. Пацієнт В., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. В ділянці грудини «себороїди».



Рис. 2.4. Пацієнт Ж., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. В ділянці обличчя симптом «себорейна шкіра».



Рис. 2.5. Пацієнт Ж., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. Сіро-білі лусочки вкривають всю поверхню голови та волосся.

Клінічний випадок 3. Пацієнт С., 43 роки (рис. 2.6), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, печіння та почервоніння, шкіри обличчя, голови, тулуба та кінцівок. OSSAS=60 балів; OSIS=10 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг.



Рис. 2.6. Пацієнт С., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. Ексфолюативний дерматит.

Клінічний випадок 4. Пацієнт Л., 39 років (рис. 2.7-2.10), звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, почервоніння обличчя та тулуба. OSSAS=45 балів; OSIS=10 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг.



Рис. 2.7. Пацієнт Л., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себороїди» носо-щічних та носо-губних складок).



Рис. 2.8. Пацієнт Л., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себорейні гирлянди» грудини з припіднятим валиком по периферії.



Рис. 2.9. Пацієнт Л., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себорейна корона».



Рис. 2.10. Пацієнт Л., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. При дерматоскопії – відзначаються розгалужені та атипові червоні судини.

Клінічний випадок 5. Пацієнтка З., 25 років (рис. 2.11, 2.12), звернулась у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на незначний свербіж та почервоніння шкіри обличчя. OSSAS=12 балів; OSIS=5 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг.

Клінічний випадок 6. Пацієнтка Г., 27 років (рис. 2.13), звернулась у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, стягнутість, біль та почервоніння шкіри обличчя. OSSAS=60 балів; OSIS=5 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг.



Рис. 2.11. Пацієнтка З., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. «Себорейний метелик» обличчя.



Рис. 2.12. Пацієнтка З., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, легкий перебіг. «Себорейний блиск» шкіри чола.



Рис. 2.13. Пацієнтка Г., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себорейний панцир».

Клінічний випадок 7. Пацієнтка О., 31 рік (рис. 2.14), звернулась у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, печіння, стягнутість, біль та почервоніння шкіри обличчя. OSSAS=54 бали; OSIS=10 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг.

Клінічний випадок 8. Пацієнтка Т., 35 роки (рис. 2.15), звернулась у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на сильний свербіж, печіння, стягнутість, біль та почервоніння шкіри обличчя, тулуба, завушні ділянки. OSSAS=60 бали; OSIS=10 балів.

Діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг.



Рис. 2.14. Пацієнтка О., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себорейний сикоз» обличчя.



Рис. 2.15. Пацієнтка Т., діагноз: Себорейний дерматит, генералізована жирна форма, тяжкий перебіг. «Себороїди голови, шиї та спини, жирні кірки вкрили всю поверхню голови.

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Клініко-інструментальні.

Діагноз себорейного дерматиту (згідно номенклатури МКХ-10 (<https://medical-club.net/uk/information/mkb-10-klass-xii-bolezni-kozhi-i-podkozhnoj-kletchatki/>)), встановлювали на підставі скарг досліджуваного, анамнезу життя і хвороби, дерматоскопічного огляду обличчя, волосистої частини голови, тулуба та кінцівок із оцінкою суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювання.

2.2.2. Анкетно-опитувальний.

Анкетно-опитувальний метод дозволив зібрати первинну інформацію відповідно до конкретно поставленої мети та оцінювати її. Саме тому нами на другому етапі дослідження було обгрунтовано та розроблено опитувальну карту для оцінки клініко-анамнестичних даних досліджуваних. Опитувальна карта після урахування усіх нюансів включала в себе 4 основні розділи, які дають можливість оцінити дані стосовно соціально-матеріального стану респондентів, умов праці та побуту, шкідливих факторів та звичок і ін.

Оцінку ступеня вираженості жирної шкіри (OSSAS) та оцінку ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя (OSIS) (*враховуються для оцінки тяжкості перебігу себорейного дерматиту*) було проведено за допомогою опитувальників. Опитувальники були розроблені для жирної шкіри на основі особистих бесід та опитувань в інтернет-фокус-групах, проведених серед дорослих із жирною шкірою у США та Німеччині вченими Robert Arbuckle, Marci Clark, Jane Harness, Nicola Bonner, Jane Scott, Zoe Draelos, Ronald Rizer, Yating Yeh, Kati Copley-Merriman.

Шкала самооцінки жирної шкіри (OSSAS) це показник ступеня вираженості жирної шкіри обличчя, застосовується дерматологами для оцінки тяжкості симптомів у хворих з себорейним дерматитом. Згідно з запитаннями анкети OSSAS, пацієнту пропонувалось оцінити самостійно рівень жирності своєї шкіри

за 5-ти бальною шкалою. Де, відповідно позначки відповідають: 1–«не дуже»; 2 – «м'яко»; 3 – «помірно»; 4 – «сильно»; 5– «дуже сильно». Опитувальник складається з 12 питань. На кожне запитання можливий лише один варіант відповіді, навпроти якої хворі обводили одну із цифр.

- | | |
|---|-----------|
| 1. Оціни наскільки у Вас блистить шкіра? | 1 2 3 4 5 |
| 2. Наскільки вологою виглядає поверхня шкіри? | 1 2 3 4 5 |
| 3. В цілому, наскільки жирна у Вас шкіра? | 1 2 3 4 5 |
| 4. Наскільки жирний промокальний папір? | 1 2 3 4 5 |
| 5. Наскільки слизька Ваша шкіра коли гладити? | 1 2 3 4 5 |
| 6. Наскільки липка твоя шкіра при дотику? | 1 2 3 4 5 |
| 7. Наскільки жирними відчуються Ваші пальці після погладжування шкіри? | 1 2 3 4 5 |
| 8. В цілому, наскільки жирною здається Ваша шкіра при доторканні? | 1 2 3 4 5 |
| 9. Наскільки «незручною» відчувається Ваша шкіра? | 1 2 3 4 5 |
| 10. Наскільки «важкою» відчувається Ваша шкіра? | 1 2 3 4 5 |
| 11. Наскільки «брудною» здається Ваша шкіра? | 1 2 3 4 5 |
| 12. Загалом і в цілому, не дивлячись на свою шкіру, наскільки жирною відчувається Ваша шкіра? | 1 2 3 4 5 |

Загальна бальна оцінка після підрахунку становила від 12 до 36 – легкий перебіг; та від 37 до 60 – тяжкий перебіг.

Шкала ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя (OSIS) – показник ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя, що оцінює вплив жирної шкіри обличчя на емоційний стан пацієнта з себореїним дерматитом.

Для оцінки ступеня впливу жирної шкіри обличчя на емоційний стан пацієнта з себореїним дерматитом застосовувалася 5-ти бальна шкала: 1 – «не турбує»; 2 – «м'яко кажучи турбує»; 3 – «помірно турбує»; 4 – «сильно турбує»; 5 – «дуже сильно турбує». Хворий відповідав на 2 запитання: 1) За останній тиждень, наскільки ви відчували чистоту свого обличчя? (розчарований – 1 2 3 4 5

бали, роздратований – 1 2 3 4 5 бали); 2) За останній тиждень як сильно ви відчували жирність вашого обличчя? – (непривабливий – 1 2 3 4 5 бали, збентежений – 1 2 3 4 5 бали, усвідомлений – 1 2 3 4 5 бали), що в свою чергу відповідало легкому або тяжкому перебігу.

2.2.3. Антропометричні та соматотипологічні.

Антропометричне обстеження хворих на себореїний дерматит чоловіків і жінок було організовано і виконано відповідно до методики Бунака В.В. [5] та рекомендацій Шапаренка П. П. [40]. Контрольну групу склали первинні антропометричні показники практично здорових українських чоловіків (n=82) і жінок (n=154) аналогічного хворим віку, які були взяті з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

В програму обстеження входило визначення наступних тотальних розмірів тіла: масу і довжину тіла, які були включені у формулу Дю Буа для обрахування площі поверхні тіла:

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

де W – маса тіла (кг); H – довжина тіла (см).

Визначали наступні парціальні розміри тіла:

Поздовжні – висота надгрудинної, плечової, пальцевої лобкової та вертлюгової антропометричних точок; обхватні – плеча в стані напруження і в спокої, передпліччя і гомілки у верхній і нижній частинах, стегна і стегон, шиї, талії, кисті, стопи, грудної клітки на вдиху, видиху і в стані спокою; ширина дистальних епіфізів – плеча, передпліччя, стегна та гомілки; поперечні – передньо-задні розміри грудної клітки: поперечний середньогруднинний і нижньогруднинний розміри, передньозадній розмір грудної клітки, ширина плечей; розміри тазу – міжостьовий, міжгребеневий і міжвертлюговий, зовнішня кон'югата); товщина шкірно-жирових складок – на задній та передній поверхнях плеча, на передпліччі, під лопаткою, на грудях, животі, боці, стегні та на гомілці.

Дослідження мало місце в окремому комфортному, теплому і світлому приміщенні щоденно в один і той же час доби (в першій половині доби), у зв'язку з тим, що до кінця дня довжина тіла може зменшитися на 1-2 см у зв'язку із сплюсненням міжхребцевих хрящів, склепінь стопи, зниженням тонусу м'язів, а маса тіла збільшиться в середньому майже на 1 кг.

Масу тіла вимірювали за допомогою медичних терезів із точністю до 0,1 кг. Перед зважуванням перевірялася точність налаштування приладу. Під час зважування людина має бути без одягу і взуття, стояти спокійно, чітко в середині площини ваг. Вимірювання маси тіла здійснювали вранці натщесерце (через 12 годин після прийому їжі) та після спорожнення кишківника.

Антропометричні вимірювання проводили виключно на правій половині тіла. Металевим антропометром (точність до 0,5 см) вимірювали поздовжні розміри. Для вимірювання кожного поздовжнього розміру визначалося місце розташування верхньої і нижньої антропометричних точок, які відмежують цей розмір та вимірювали висоту стояння цих точок над рівнем підлоги. Різниця між визначеними рівнями становила величину довжини окремої частини тіла або його сегменту.

Сантиметровою стрічкою, точність якої становила до 0,5 см, а обмежене число досліджень було 100 замірів, обраховувалися обхватні параметри тіла.

Поперечні та передньо-задні діаметри тулуба вимірювалися між його крайніми точками ковзним або малим толстотним циркулем (певні розміри голови, обличчя і кінцівок) та великим толстотним циркулем (ширина плечей, грудної клітки, тазу) (в см). Штангенциркулем з точністю до 0,1 см вимірювали поперечні діаметри дистальної частини плеча, передпліччя, стегна і гомілки.

За допомогою каліпера вимірювалися товщина шкірно-жирових складок у різних місцях. Шкірну складку щільно затискали вказівним і великим пальцями або трьома пальцями так, щоб у складці опинились шкіра й підшкірний жировий шар. Ніжки каліпера встановлювалися так, щоб відстань від гребінця складки до точки виміру рівнялися б товщині власне самої складки.

Для вимірювання обличчя і голови застосовували ковзний і товстотний ци-

ркулі системи Мартіна.

Оцінку соматотипу проведено за схемою Хіт-Картера [67]. Соматотип визначався за оцінкою, що містила в собі три первинні компоненти статури: 1) ендоморфний (FX), що дає відображає ступінь розвитку жирової тканини; 2) мезоморфний (MX), що дає характеристику відносного розвитку м'язів і кісткових елементів тіла; 3) екторморфний (LX), описує відносну витягнутість тіла людини та є сполучною ланкою між ендоморфною та мезоморфною характеристиками будови тіла.

Ендоморфний компонент (FX) обчислювали за нижче наведеною формулою:

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

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

Формула визначення мезоморфного компонента (MX) мала такий вигляд:

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

де, відповідно, EPPL – це ширина дистального епіфіза плеча (см); EPB – це ширина дистального епіфіза стегна (см); OBPL – це обхват плеча в напруженому стані (см); OBG – це обхват гомілки (см); H – це довжина тіла (см).

Екторморфний компонент (LX) визначався за такою формулою:

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

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

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

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

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

У випадку, коли ЗВК менший за 38,25, то ектоморфія складає 0,1 бала.

Абсолютну кількість жирового, кісткового та м'язового компонентів маси тіла обраховували за допомогою формули Matiegka J. [130]:

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

де DM – це загальна кількість жирового компонента (кг); G – це середня товщина шкірно-жирових складок (мм); S – це площа поверхні тіла (м²); k – це константа, що дорівнює 1,3.

Середню ТШЖС визначали за такими формулами:

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

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

За даною формулою визначалася абсолютна кількість м'язової тканини:

$$M = (L \times r^2 \times k) / 1000, \quad (2.9)$$

де M – абсолютна маса м'язової тканини (кг); L – довжина тіла (см); r – середня величина радіусів плеча, передпліччя, стегна, гомілки в місцях найбільшого розвитку мускулатури за винятком шкірно-жирового шару (см); k – константа, що дорівнює 6,5.

Середня величина радіусів обчислювалася за формулою:

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

де C1 – окружність плеча (см); C2 – окружність передпліччя у верхній треті (см); C3 – окружність гомілки у верхній треті (см); C4 – окружність стегна (см); d1 – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм); d2 – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (мм); d3 – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні передпліччя (мм); d6 – тов-

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

Наступна формула слугувала для визначення абсолютної кількості кісткової тканини:

$$O = (o^2 \times L \times k) / 1000, \quad (2.11)$$

де O – абсолютна маса кісткової тканини (кг); o^2 – квадрат середньої величини дистальних епіфізів плеча, передпліччя, стегна і гомілки; L – довжина тіла (см); k – константа, що дорівнює 1,2.

Крім того, абсолютну кількість м'язового компоненту маси тіла визначали за допомогою формули Американського інституту харчування [98]:

$$TMM = RT \times (0,0264 + 0,0029 \times AMA), \quad (2.12)$$

де TMM – кількість м'язової тканини (кг); AMA – площа м'язової тканини плеча (cm^2); RT – довжина тіла (см);

$$\text{для чоловіків} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot d1)^2}{4\pi} - 10, \quad (2.13)$$

$$\text{для жінок} \quad AMA = \frac{(OP - \pi \cdot d1)^2}{4\pi} - 6,5, \quad (2.14)$$

де $d1$ – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм); OP – обхват плеча в напруженому стані (см).

2.2.4. Статистичного аналізу.

Статистична обробка результатів дисертаційного дослідження проведена в ліцензійному статистичному пакеті "Statistica 6,0" з використанням непараметричних методів оцінки. Визначали середні для кожної ознаки та стандартне квадратичне відхилення. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою U -критерія Мана-Уїтні, а між незалежними якісними показниками – за формулою Weber E.:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2} \times \left(100 - \frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2}\right) \times \frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2}}}, \quad (2.15)$$

де, P_1 і P_2 – відсотки, з якими зустрічався той або інший показник;

N_1 і N_2 – кількість показників в групах, що досліджувались.

Кореляційний аналіз проведено з використанням непараметричного методу Спірмена.

Можливість виникнення та особливостей перебігу себорейного дерматиту в залежності від антропо-соматотипологічних показників проведена за допомогою дискримінантного аналізу [4, 80].

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ ЖИРНУ ФОРМУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Виходячи з анамнестичних даних, середня тривалість захворювання у досліджуваних вибірки коливалась в межах від декількох місяців до 21 років. Найбільш чисельну групу серед досліджуваних з легким перебігом себорейного дерматиту склали особи з тривалістю захворювання на момент дослідження від 1 до 3 років (18 чоловіків – 90 %) і від 2 до 4 років (14 жінок – 70 %), серед яких переважали представники чоловічої статі. Серед пацієнтів з тяжким перебігом дерматозу і тривалістю захворювання 2-5 років виявилася достатньо велика відсоткова частка (14 чоловіків – 70 % і 13 жінок – 65 %). Вік всіх хворих становив 25-44 роки, тобто це була соціально-активна, працездатна група населення.

Серед чоловіків з легким перебігом дерматозу переважали досліджувані з фізичним характером праці (13 чоловіків – 65 %), а з тяжким перебігом – з фізичним та змішаним (відповідно 16 чоловіків – 75 %). У жінок незалежно від тяжкості захворювання переважали особи, професійна діяльність яких має розумовий і змішаний характер (відповідно по 19 жінок з легким і тяжким перебігом, що склало 95 %) (табл. В.1).

У пацієнтів з себорейним дерматитом визначено незначний відсоток (5 %) досліджуваних чоловіків і жінок незалежно від тяжкості себорейного дерматиту, що мали алергічні реакції. Достовірних відмінностей і тенденцій відмінностей по відсотковій частці між здоровими і хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу та між хворими з різним перебігом себорейного дерматиту різної статі (табл. В.2).

У переважної більшості пацієнтів з легким і тяжким перебігом дерматозу встановлено наявність факторів впливу на його прояв або загострення (по 19 чоловіків з кожної групи – 95 %; 17 і 20 жінок з кожної групи – 95 % і 100 %

відповідно) (табл. В.3).

Серед причин загострення дерматозу відзначили:

стрес – у 8 чоловіків з легким (40 %) і 10 з тяжким перебігом (50 %), у 6 жінок з легким перебігом (30 %) і 8 з тяжким перебігом (40 %) (табл. В.4);

температурний чинник – у 12 чоловіків з легким (60 %) і 10 з тяжким перебігом (50 %), у 10 жінок з легким (50 %) і 18 з тяжким перебігом (90 %) (табл. В.5);

сезонність – у 3 чоловіків з легким (15 %) і 7 з тяжким перебігом (35 %), у 4 жінок з легким (20 %) і 4 з тяжким перебігом (20 %) (табл. В.6);

вологість повітря – у 12 чоловіків з легким (60 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %), у 8 жінок з легким (40 %) і 9 з тяжким перебігом (45 %) (табл. В.7);

хімічна речовина – у чоловіків з легким і тяжким перебігом не відмічалось взагалі, у 1 жінки з легким перебігом (5 %) і у 6 жінок з тяжким перебігом (30 %) (табл. В.8);

інсоляція – у 3 чоловіків з легким (15 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %), у 3 із 20 жінок з легким (15 %) і 7 з тяжким перебігом (35 %) (табл. В.9).

Звичку *паління* відмічало 18 чоловіків з легким перебігом (90 %), 11 з тяжким перебігом (55 %), 6 жінок з легким перебігом (30 %), 1 жінка з тяжким перебігом (40 %) (табл. В.10).

Спадковий характер себорейного дерматиту був відмічений лише у 3 чоловіків з тяжким перебігом (15 %), у 5 жінок з легким (25 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %) (табл. В.11).

В групі чоловіків із легким перебігом себорейного дерматиту акне виявлено лише у одного досліджуваного, у жінок аналогічної групи порівняння супутньої патології взагалі не виявлено. При тяжкому перебігу себорейного дерматиту виявлена наступна відсоткова частка супутньої патології: у чоловіків акне – у 13 осіб (65 %); розацеа – у 5 осіб (25 %); себорейна кератома – у 1 особи (5 %); у жінок акне – у 15 осіб (75 %); розацеа – у 5 осіб (25 %) (табл. В.12).

Свербіж відчували 14 чоловіків (70 %) і 10 жінок (50 %) з легким перебігом себорейного дерматиту; 11 чоловіків (55 %) і 10 жінок (50 %) з тяжким пе-

ребігом дерматозу. Жирність шкіри відмічали 18 чоловіків (90 %) і 17 жінок (85 %) з легким перебігом захворювання; 19 чоловіків (95 %) і всі жінки (100 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту. Відчуття бруду було присутнє у 3 чоловіків (15 %) і 3 жінок (15 %) з легким перебігом себорейного дерматиту; 12 чоловіків (60 %) і 17 жінок (85 %) з тяжким перебігом хвороби (табл. В.13-15).

За локалізацією патологічного процесу досліджувані розподілились наступним чином:

на голові відмічались у 9 чоловіків (45 %) і 2 жінок (10 %) з легким перебігом захворювання; у 7 чоловіків (35 %) і 5 жінок (25 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.16);

на обличчі відмічались у 19 чоловіків (95 %) і 16 жінок (80 %) з легким перебігом захворювання; у всіх чоловіків і жінок з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.17);

на тубубі відмічались у 1 чоловіка (5 %) і 1 жінки (10 %) з легким перебігом захворювання; у 13 чоловіків (65 %) і 8 жінок (40 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.18).

За наявністю певних патологічних елементів розподіл пацієнтів мав наступний вигляд:

еритематозні плями були присутні у 9 чоловіків (45 %) і 2 жінок (10 %) з легким перебігом захворювання; у 7 чоловіків (35 %) і 5 жінок (25 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.19);

еритематозні бляшки були присутні у 17 чоловіків (85 %) і 19 жінок (95 %) з легким перебігом захворювання; у 14 чоловіків (70 %) і 15 жінок (75 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.20);

сальні лусочки були присутні у 2 чоловіків (10 %) і відсутні у жінок з легким перебігом захворювання; у 10 чоловіків (50 %) і 12 жінок (60 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.21);

сальні лусочки-кірки були присутні у 16 чоловіків (80 %) і у всіх жінок з легким перебігом захворювання; у 6 чоловіків (30 %) і 6 жінок (30 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.22).

За типом дермографізму досліджувані розподілились наступним чином:

дермографізм червоний був наявний у 10 чоловіків (50 %) і 12 жінок (60 %) з легким перебігом захворювання; у 10 чоловіків (50 %) і 11 жінок (55 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.23);

дермографізм білий був наявний у 5 чоловіків (25 %) і 2 жінок (10 %) з легким перебігом захворювання; у 1 чоловіків (5 %) і 1 жінки (5 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.24);

дермографізм змішаний був наявний у 5 чоловіків (25 %) і 6 жінок (30 %) у жінок з легким перебігом захворювання; у 9 чоловіків (45 %) і 8 жінок (40 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.25).

Синдром Картамишева, патогномонічний себорейного дерматиту, відмічався у 2 чоловіків (10 %) і не виявлявся у жінок з легким перебігом захворювання; у 1 чоловіків (5 %) і не виявлявся у жінок з тяжким перебігом себорейного дерматиту (табл. В.26).

Таким чином, в ході аналізу клінічних і анамнестичних даних, стала можливою розробка алгоритму моніторингу пацієнтів з генералізованою формою себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості.

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені в статті у фаховому науковому журналі [104].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ ЖИРНУ ФОРМУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Встановлено, що величина *обхвату голови* достовірно ($p < 0,05$) більша у здорових чоловіків ($57,86 \pm 1,54$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня ($57,05 \pm 1,78$ см). Зазначений розмір у хворих жінок на себорейний дерматит легкого ступеня ($55,23 \pm 1,40$ см) має тенденції ($p = 0,074$ і $p = 0,081$) до менших значень порівняно із жінками групи контролю ($55,71 \pm 1,25$ см) і хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($56,00 \pm 1,36$ см) (рис. 4.1, табл. Г.1).

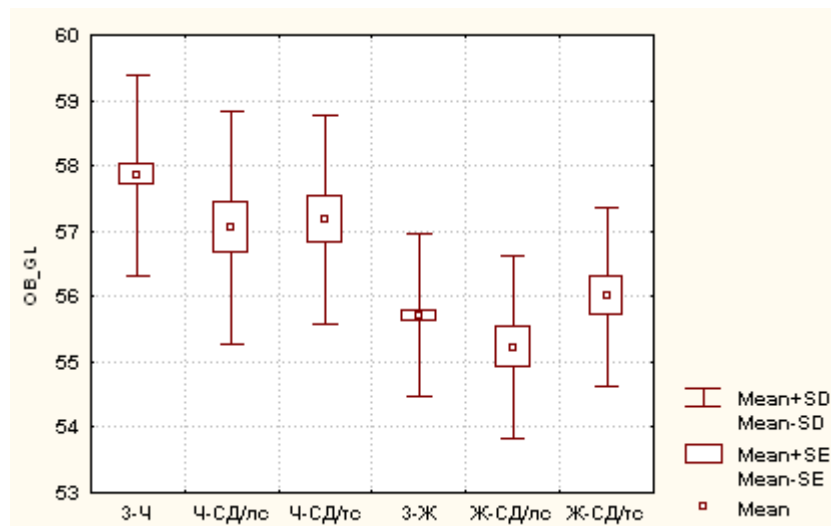


Рис. 4.1. Обхват голови (OB_GL) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см). На даному та в подібних рисунках розділу: З – практично здорові чоловіки або жінки; Ч – чоловіки; Ж – жінки; СД/лс – себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості; СД/тс – себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; Mean – середнє значення; Mean±SE – середнє значення ± помилка середньої; Mean±SD – середнє значення ± стандартне відхилення.

Величина обхвату голови у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($57,05 \pm 1,78$ см) і тяжкого ($57,18 \pm 1,61$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($55,23 \pm 1,40$ см і $56,00 \pm 1,36$ см) (див. рис. 4.1, див. табл. Г.1).

Величина сагітальної дуги у хворих на себорейний дерматит легкого ступеня чоловіків ($30,60 \pm 1,43$ см) достовірно ($p < 0,05$) менша порівняно із чоловіками групи контролю ($31,57 \pm 1,25$ см) і має тенденцію ($p = 0,088$) до менших значень порівняно хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($31,38 \pm 1,61$ см). Величина сагітальної дуги у здорових жінок ($30,02 \pm 1,79$ см) достовірно ($p < 0,05$) більша і має тенденцію до більших значень ($p = 0,082$) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($29,15 \pm 1,66$ см) і тяжкого ($29,30 \pm 1,56$ см) ступеня (рис. 4.2, див. табл. Г.1).

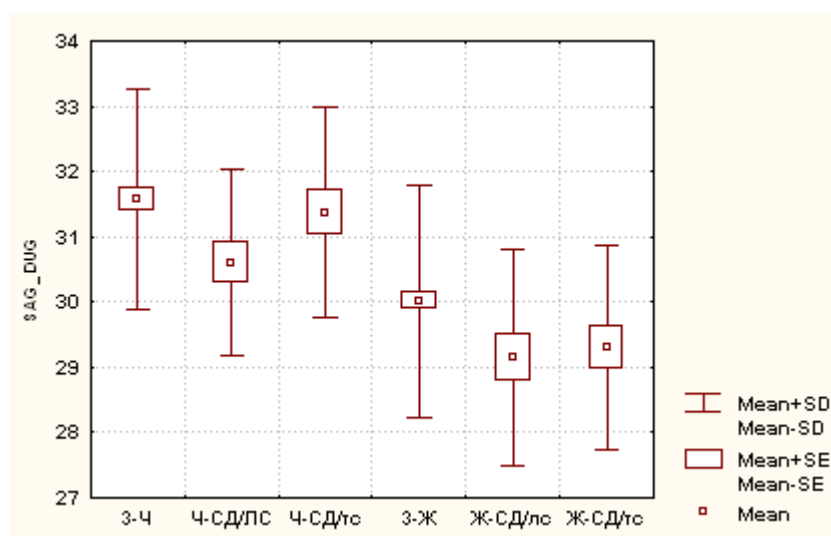


Рис. 4.2. Сагітальна дуга (SAG_DUG) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина сагітальної дуги у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($30,60 \pm 1,43$ см) і тяжкого ($31,38 \pm 1,61$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($29,15 \pm 1,66$ см і $29,30 \pm 1,56$ см) (див. рис. 4.2, див. табл. Г.1).

Величина найбільшої довжини голови у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша ($19,34 \pm 0,75$ см) порівняно з чоловіками з легким ($21,05 \pm 2,68$ см) і тяжким ступенем дерматозу ($20,65 \pm 0,75$ см). Зазначений розмір

у здорових жінок достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менший ($18,21 \pm 1,03$ см) порівняно з жінками з легким ($18,35 \pm 4,04$ см) і тяжким ($19,70 \pm 0,73$ см) ступенем дерматозу (рис. 4.3, див. табл. Г.1).

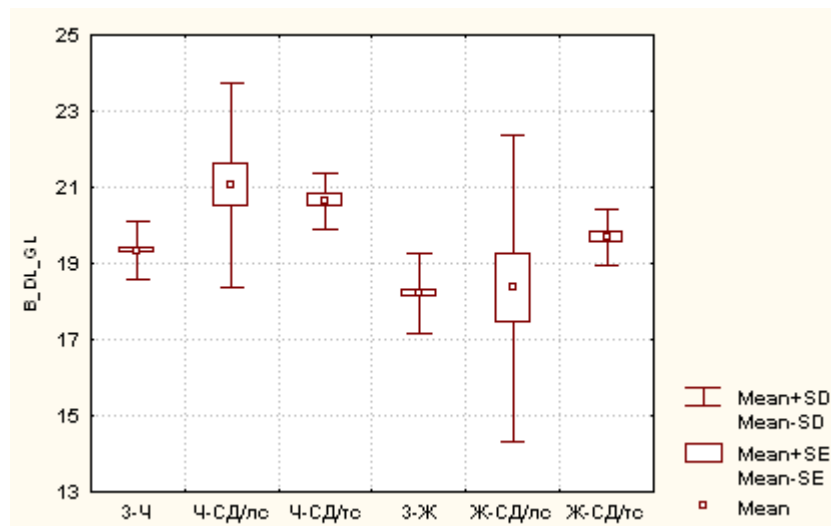


Рис. 4.3. Найбільша довжина голови (B_DL_GL) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина найбільшої довжини голови у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($21,05 \pm 2,68$ см) і тяжкого ($20,65 \pm 0,75$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($18,35 \pm 4,04$ см і $19,70 \pm 0,73$ см) (див. рис. 4.3, див. табл. Г.1).

Величина *найбільшої ширини голови* у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша ($15,54 \pm 0,95$ см) порівняно з чоловіками з легким ($16,30 \pm 0,80$ см) і тяжким ($16,15 \pm 0,81$ см) ступенем дерматозу. Між здоровими та хворими на себореїний дерматит жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини найбільшої ширини голови не встановлено (рис. 4.4, див. табл. Г.1).

Величина найбільшої ширини голови у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($16,30 \pm 0,80$ см) і тяжкого ($16,15 \pm 0,81$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($14,90 \pm 1,17$ см і $15,25 \pm 1,02$ см) (див. рис. 4.4, див. табл. Г.1).

Величина *найменшої ширини голови* у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша ($13,02 \pm 0,89$ см) порівняно з чоловіками з легким ($14,85 \pm 0,59$ см) і тяжким ($14,95 \pm 1,00$ см) ступенем дерматозу. Зазначений розмір

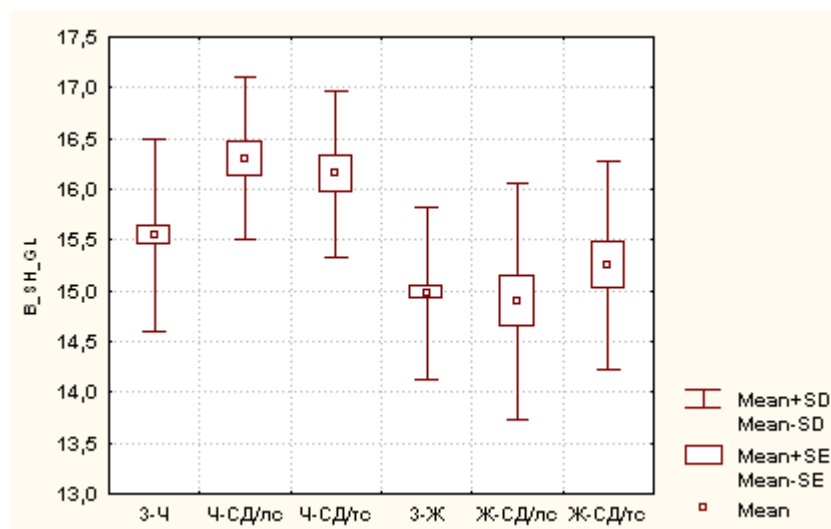


Рис. 4.4. Найбільша ширина голови (B_SH_GL) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

у здорових жінок достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менший ($12,60 \pm 0,94$ см) порівняно з жінками з легким ($13,75 \pm 1,07$ см) і тяжким ($14,40 \pm 0,99$ см) ступенем дерматозу (рис. 4.5, див. табл. Г.1).

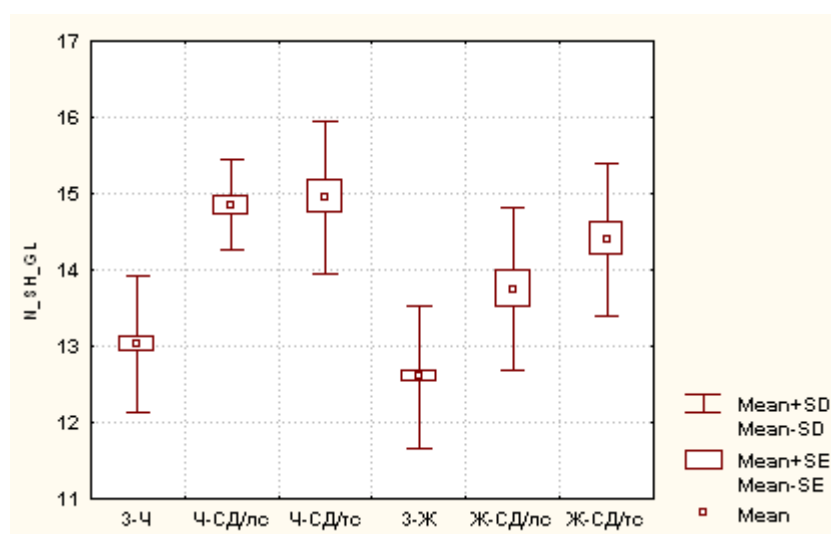


Рис. 4.5. Найменша ширина голови (N_SH_GL) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина найменшої ширини голови у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ступеня ($14,85 \pm 0,59$ см) достовірно більша ($p < 0,001$) порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($13,75 \pm 1,07$ см) (див. рис. 4.5, див. табл. Г.1).

Величина ширини обличчя у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,001$ в обох

випадках) менша ($12,54 \pm 0,91$ см) порівняно з чоловіками з легким ($14,00 \pm 0,92$ см) і тяжким ($14,15 \pm 0,81$ см) ступенем дерматозу. Даний розмір у здорових жінок достовірно ($p < 0,05-0,001$) менший ($12,16 \pm 0,91$ см) порівняно з жінками з легким ($12,75 \pm 1,02$ см) і тяжким ($13,45 \pm 0,83$ см) ступенем дерматозу. Величина ширини обличчя має тенденцію ($p = 0,070$) до більших значень у досліджуваних жінок з тяжким ступенем дерматозу ($13,45 \pm 0,83$ см) порівняно із хворими на себорейний жінок дерматит легкого ступеня себорейного дерматиту ($12,75 \pm 1,02$ см) (рис. 4.6, див. табл. Г.1).

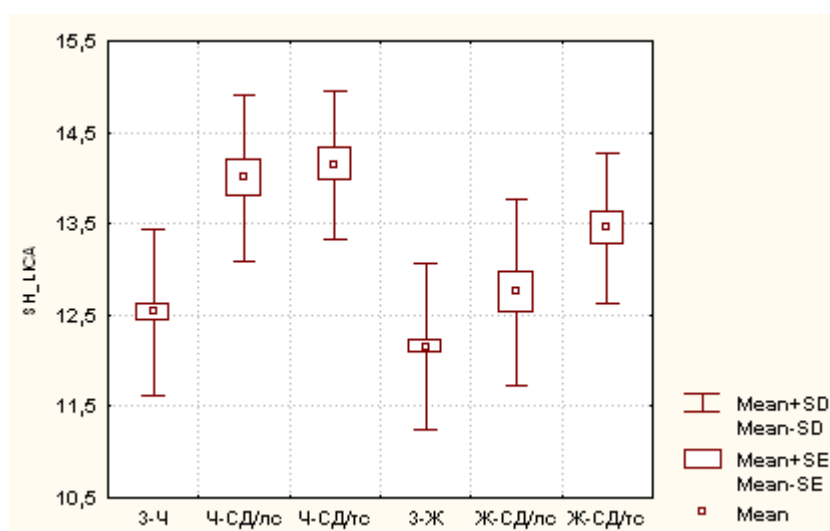


Рис. 4.6. Ширина обличчя (SH_LICA) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина ширини обличчя у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($14,00 \pm 0,92$ см) і тяжкого ($14,15 \pm 0,81$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в обох випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($12,75 \pm 1,02$ см і $13,45 \pm 0,83$ см) (див. рис. 4.6, див. табл. Г.1).

Величина ширини нижньої щелепи у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша ($9,701 \pm 1,314$ см) порівняно з чоловіками з легким ($11,95 \pm 0,69$ см) і тяжким ($12,05 \pm 1,15$ см) ступенем дерматозу. Даний розмір у здорових жінок достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менший ($9,565 \pm 1,304$ см) порівняно з жінками з легким ($11,15 \pm 0,67$ см) і тяжким ($11,00 \pm 0,65$ см) ступенем дерматозу (рис. 4.7, див. табл. Г.1).

Величина ширини нижньої щелепи у чоловіків хворих на себорейний дер-

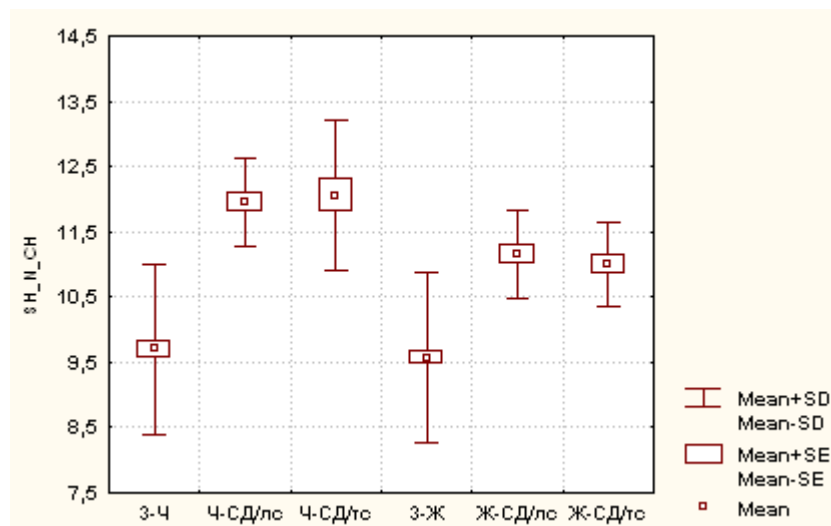


Рис. 4.7. Ширина нижньої щелепи (SH_N_CH) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

матит легкого ($11,95 \pm 0,69$ см) і тяжкого ($12,05 \pm 1,15$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,01$ в обох випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($11,15 \pm 0,67$ см і $11,00 \pm 0,65$ см) (див. рис. 4.7, див. табл. Г.1).

Величина *маси тіла* достовірно ($p < 0,05-0,01$) менша у здорових жінок ($58,62 \pm 8,38$ кг) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($65,20 \pm 14,40$ кг) і тяжкого ($68,85 \pm 15,42$ кг) ступеня тяжкості. Між здоровими та хворими на себореїний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини маси тіла не встановлено (рис. 4.8, табл. Г.2).

Величина маси тіла у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ступеня ($77,19 \pm 11,16$ кг) достовірно більша ($p < 0,05-0,001$), а у хворих досліджуваних на тяжкий ступінь захворювання ($82,45 \pm 25,81$ кг) має тенденцію ($p = 0,067$) до більших значень порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($65,20 \pm 14,40$ кг і $68,85 \pm 15,42$ кг) (див. рис. 4.8, див. табл. Г.2).

Величина *довжини тіла* у здорових чоловіків ($177,2 \pm 6,5$ см) і чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($176,3 \pm 7,0$ см) і тяжкого ($177,9 \pm 4,5$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($165,0 \pm 5,8$ см, $163,9 \pm 6,8$ см і $165,8 \pm 5,4$ см) (рис. 4.9, див. табл. Г.2).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини довжини тіла

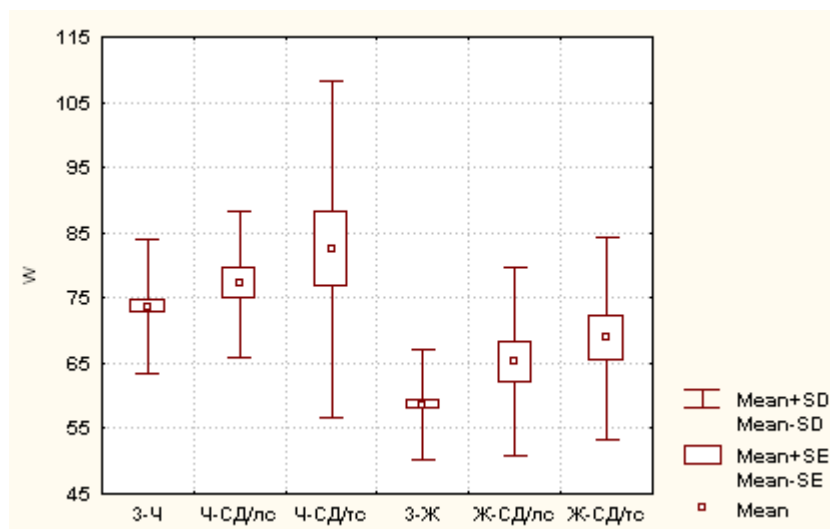


Рис. 4.8. Маса тіла (W) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (кг).

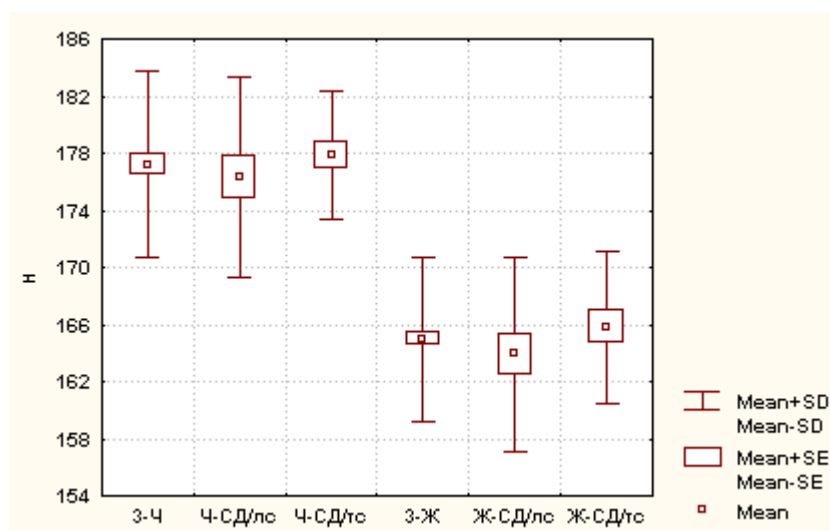


Рис. 4.9. Довжина тіла (H) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.9, див. табл. Г.2)

Величина *площі поверхні тіла* достовірно ($p < 0,01$) менша у здорових жінок ($1,631 \pm 0,124 \text{ м}^2$) порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості жінками ($1,755 \pm 0,177 \text{ м}^2$). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини площі поверхні тіла не встановлено (рис. 4.10, див. табл. Г.2).

Величина площі поверхні тіла у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($1,933 \pm 0,145 \text{ м}^2$) і тяжкого ($1,987 \pm 0,234 \text{ м}^2$) ступеня достовірно більша

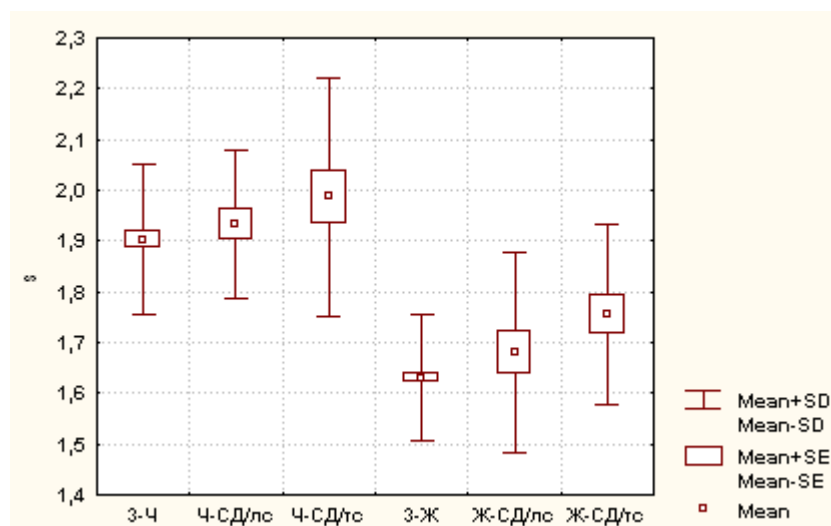


Рис. 4.10. Площа поверхні тіла (S) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (м²).

($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($1,680 \pm 0,197$ м² і $1,755 \pm 0,177$ м²) (див. рис. 4.10, див. табл. Г.2).

Величина висоти надгруднинної антропометричної точки у здорових чоловіків ($143,8 \pm 6,1$ см) і чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($144,9 \pm 5,6$ см) і важкого ($145,5 \pm 4,3$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($134,2 \pm 5,6$ см, $133,8 \pm 6,3$ см і $136,2 \pm 5,1$ см) (рис. 4.11, див. табл. Г.2).

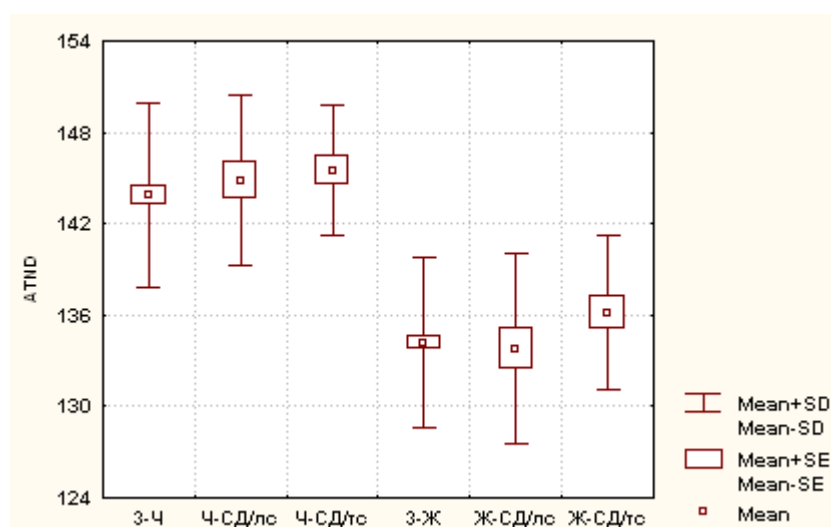


Рис. 4.11. Висота надгруднинної антропометричної точки (ATND) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини висоти надгруд-

нинної антропометричної точки між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.11, див. табл. Г.2).

Величина висоти лобкової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ($90,57 \pm 5,04$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($86,25 \pm 5,09$ см) і тяжкого ($86,20 \pm 5,27$ см) ступеня тяжкості. Даний розмір достовірно ($p < 0,05$) більший у здорових жінок ($85,43 \pm 4,97$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості ($83,00 \pm 4,88$ см) (рис. 4.12, див. табл. Г.2).

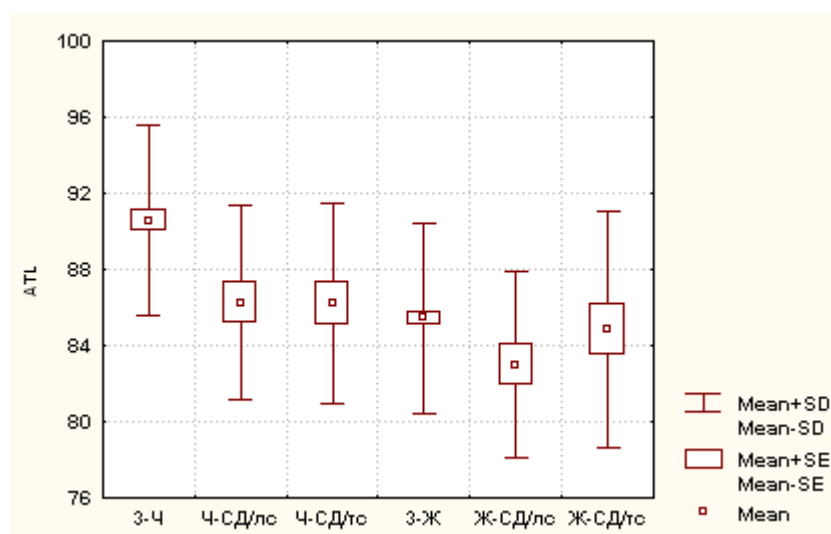


Рис. 4.12. Висота лобкової антропометричної точки (ATL) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина висоти лобкової антропометричної точки у хворих чоловіків хворих на легкий ступінь себорейного дерматиту ($86,25 \pm 5,09$ см) має тенденцію ($p = 0,068$) до більших значень порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($83,00 \pm 4,88$ см) (див. рис. 4.12, див. табл. Г.2).

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками або жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини висоти акроміальної антропометричної точки не встановлено (рис. 4.13, див. табл. Г.2)

Величина висоти акроміальної антропометричної точки у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($147,5 \pm 5,6$ см) і тяжкого ($148,2 \pm 4,8$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($136,0 \pm 6,4$ см і $138,1 \pm 5,0$ см) (див. рис. 4.13, див. табл. Г.2).

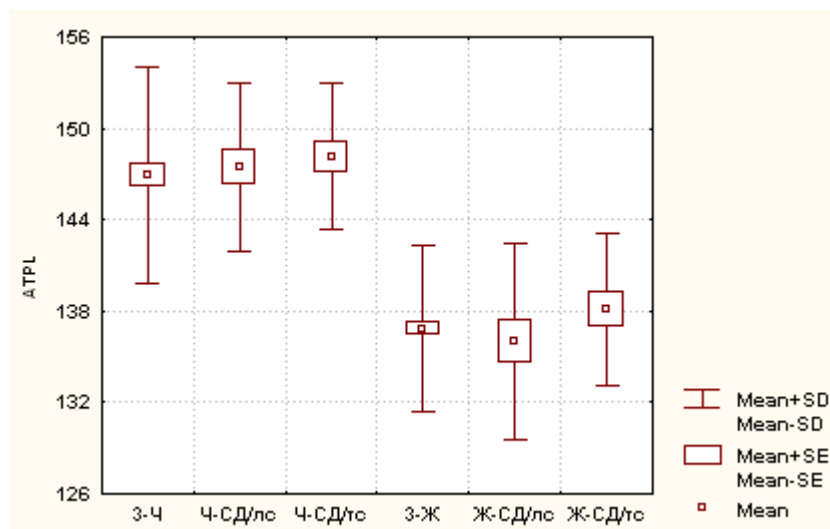


Рис. 4.13. Висота акроміальної антропометричної точки (АТРЛ) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина висоти пальцевої антропометричної точки у здорових жінок ($63,03 \pm 3,89$ см) має тенденцію ($p=0,088$) до менших значень порівняно із жінками хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($64,40 \pm 3,22$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини висоти пальцевої антропометричної точки не встановлено (рис. 4.14, див. табл. Г.2).

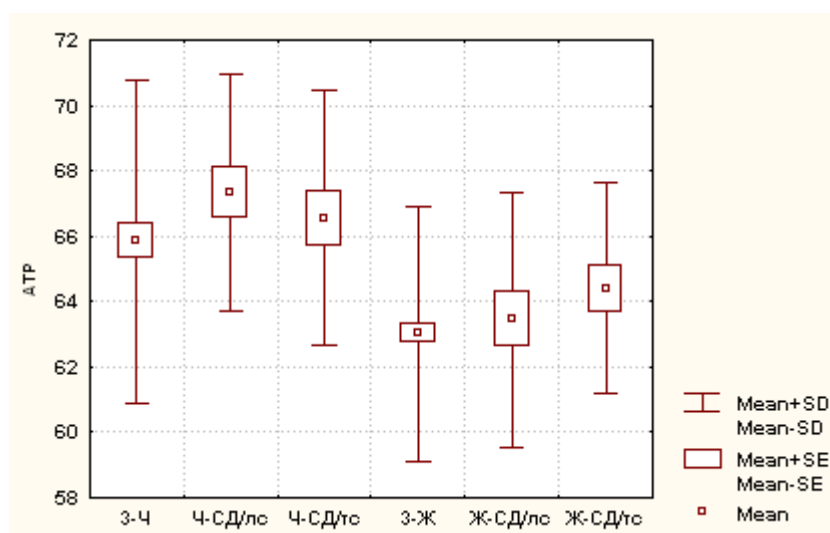


Рис. 4.14. Висота пальцевої антропометричної точки (АТР) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина висоти пальцевої антропометричної точки у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ступеня ($67,35 \pm 3,62$ см) достовірно більша

($p < 0,001$), а у хворих чоловіків на тяжкий ступінь захворювання ($66,55 \pm 3,91$ см) має тенденцію ($p = 0,058$) до більших значень порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($63,45 \pm 3,89$ см і $64,40 \pm 3,22$ см) (див. рис. 4.14, див. табл. Г.2).

Величина висоти вертлюгової антропометричної точки достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у здорових чоловіків ($94,04 \pm 5,40$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($87,85 \pm 5,19$ см) і тяжкого ($88,05 \pm 5,68$ см) ступеня тяжкості. Зазначений показник достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у здорових жінок ($88,77 \pm 5,58$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($84,70 \pm 5,37$ см) і тяжкого ($86,20 \pm 6,12$ см) ступеня тяжкості (рис. 4.15, див. табл. Г.2).

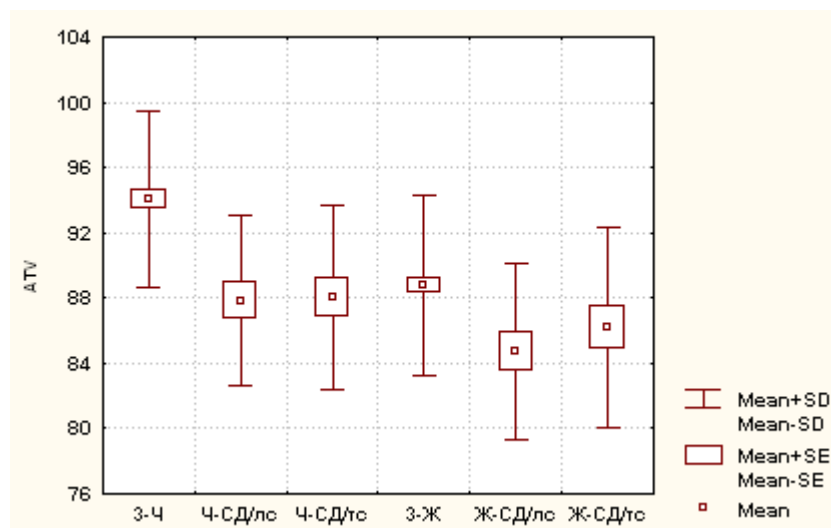


Рис. 4.15. Висота вертлюгової антропометричної точки (ATV) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина висоти вертлюгової антропометричної точки у хворих чоловіків на легкий ступінь захворювання ($87,85 \pm 5,19$ см) має тенденцію ($p = 0,064$) до більших значень порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($84,70 \pm 5,37$ см) (див. рис. 4.15, див. табл. Г.2).

Величина ширини дистального епіфіза плеча достовірно ($p < 0,05$) більша у здорових чоловіків ($6,899 \pm 0,438$ см) порівняно з чоловіками хворими на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості ($6,710 \pm 0,408$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини ширини дистального епіфіза плеча не встановлено (рис. 4.16, табл. Г.3).

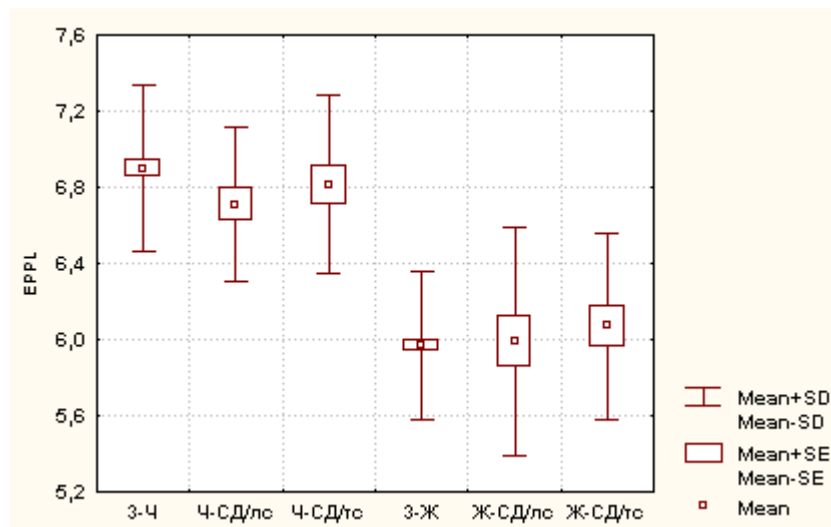


Рис. 4.16. Ширина дистального епіфіза плеча (EPPL) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина ширини дистального епіфіза плеча у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($6,710 \pm 0,408$ см) і тяжкого ($6,815 \pm 0,470$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($5,990 \pm 0,602$ см і $6,070 \pm 0,492$ см) (див. рис. 4.16, див. табл. Г.3).

Величина ширини дистального епіфіза передпліччя має тенденцію ($p = 0,060$) до більших значень у хворих на себореїний дерматит тяжкого ступеня тяжкості чоловіків ($5,805 \pm 0,365$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ступеня чоловіками ($5,650 \pm 0,328$ см). Зазначений розмір має тенденцію ($p = 0,067$) до менших значень у здорових жінок ($4,937 \pm 0,286$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит тяжкого ступеня ($5,045 \pm 0,272$ см) (рис. 4.17, див. табл. Г.3).

Величина ширини дистального епіфіза передпліччя у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($5,650 \pm 0,328$ см) і тяжкого ($5,805 \pm 0,365$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($4,975 \pm 0,406$ см і $5,045 \pm 0,272$ см) (див. рис. 4.17, див. табл. Г.3).

Величина ширини дистального епіфіза стегна у здорових жінок ($8,172 \pm 0,529$ см) достовірно менша ($p < 0,001$) порівняно з хворими на себореїний дерматит тяжкого ступеня ($8,815 \pm 0,778$ см) і має тенденцію ($p = 0,094$) до менших

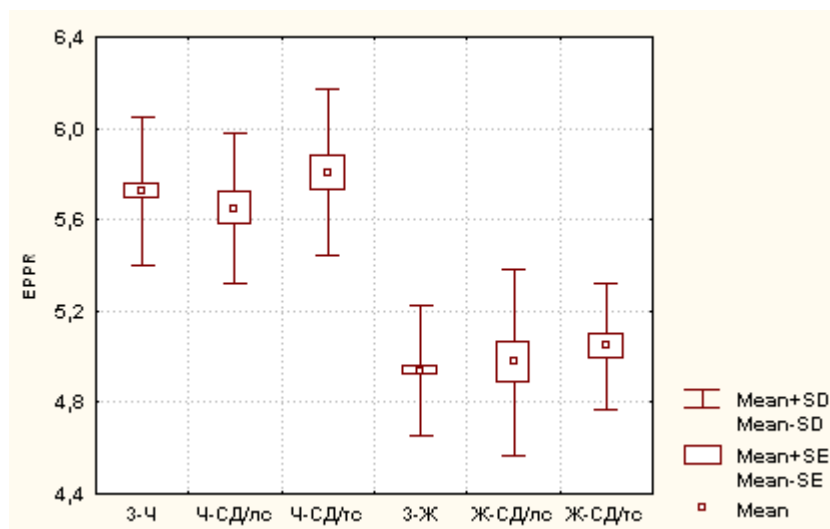


Рис. 4.17. Ширина дистального епіфіза передпліччя (EPPR) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

значень порівняно з хворими на дане захворювання жінок легкого ступеня тяжкості ($8,685 \pm 1,409$ см). Між здоровими та хворими на себореїний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини ширини дистального епіфіза стегна не встановлено (рис. 4.18, див. табл. Г.3).

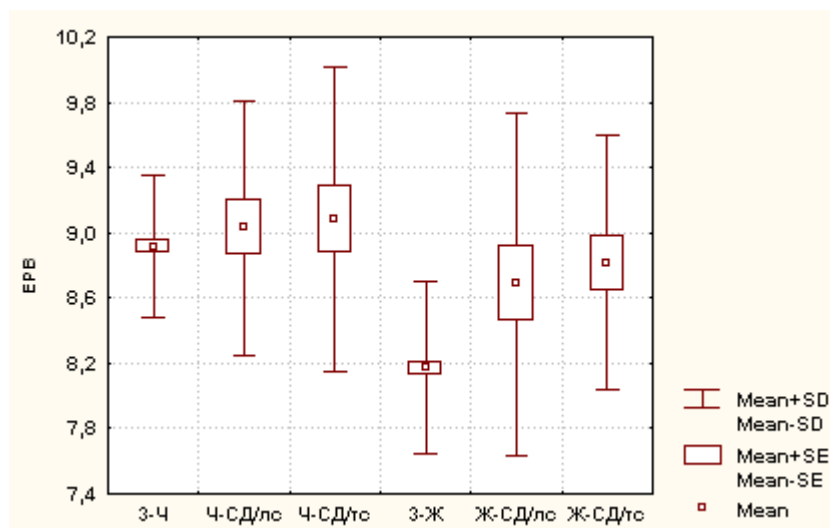


Рис. 4.18. Ширина дистального епіфіза стегна (EPB) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина ширини дистального епіфіза стегна у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ступеня ($9,030 \pm 0,779$ см) має тенденцію ($p=0,061$) до більших значень порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($8,685 \pm 1,409$ см) (див. рис. 4.18, див. табл. Г.3).

Величина *ширини дистального епіфіза гомілки* у здорових жінок ($6,483 \pm 0,408$ см) достовірно менша ($p < 0,01$) порівняно з хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінками ($6,755 \pm 0,391$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини ширини дистального епіфіза гомілки не встановлено (рис. 4.19, див. табл. Г.3).

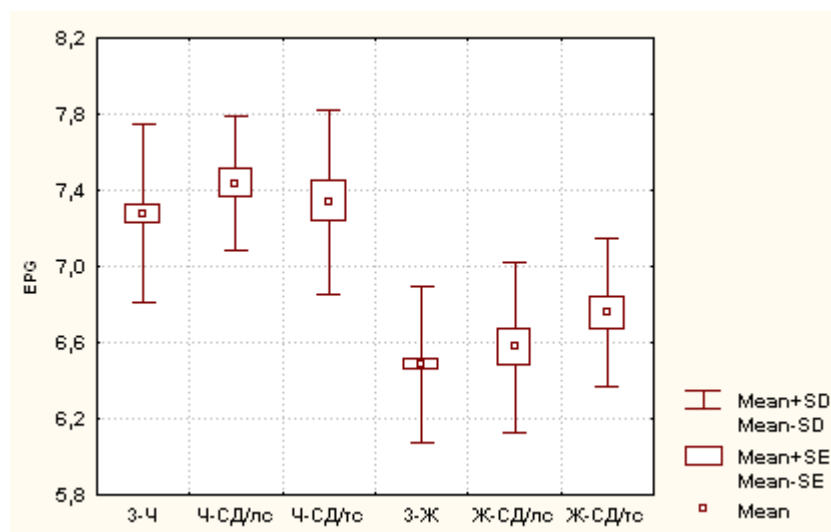


Рис. 4.19. Ширина дистального епіфіза гомілки (EPG) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина ширини дистального епіфіза гомілки у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($7,435 \pm 0,354$ см) і тяжкого ($7,340 \pm 0,485$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($6,575 \pm 0,445$ см і $6,755 \pm 0,391$ см) (див. рис. 4.19, див. табл. Г.3).

Величина *поперечного середньогрудного діаметра* достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) менша у здорових чоловіків ($28,35 \pm 2,19$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($30,20 \pm 2,53$ см) і тяжкого ступеня ($30,40 \pm 2,84$ см) чоловіками. Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($25,09 \pm 1,94$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($26,45 \pm 1,90$ см) і тяжкого ступеня ($27,65 \pm 2,78$ см) жінками (рис. 4.20, табл. Г.3).

Величина поперечного середньогрудного діаметра у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($30,20 \pm 2,53$ см) і тяжкого ($30,40 \pm 2,84$ см) ступеня

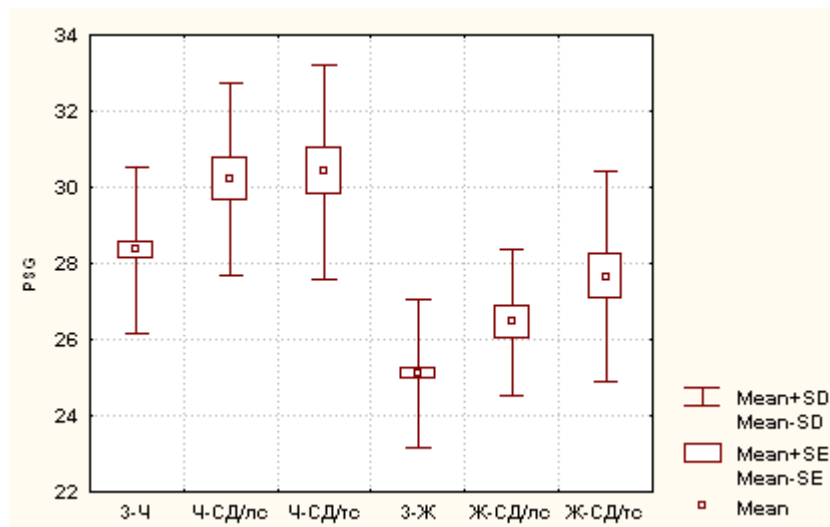


Рис. 4.20. Поперечний середньогрудний діаметр (PSG) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($26,45 \pm 1,90$ см і $27,65 \pm 2,78$ см) (див. рис. 4.20, див. табл. Г.3).

Величина *поперечного нижньогрудного діаметра* достовірно ($p < 0,05-0,001$) менша у здорових жінок ($21,62 \pm 1,91$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($22,60 \pm 1,90$ см) і тяжкого ступеня ($23,90 \pm 2,51$ см) жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини поперечного нижньогрудного діаметра не встановлено. Зазначений розмір має тенденцію ($p = 0,079$) до більших значень у хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінок ($23,90 \pm 2,51$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня аналогічної статі ($22,60 \pm 1,90$ см) (рис. 4.21, табл. Г.3).

Величина поперечного нижньогрудного діаметра у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($25,80 \pm 2,17$ см) і тяжкого ($26,05 \pm 2,61$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($22,60 \pm 1,90$ см і $23,90 \pm 2,51$ см) (див. рис. 4.21, див. табл. Г.3).

Величина *передньо-заднього середньогрудного діаметра* достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у здорових чоловіків ($19,93 \pm 2,12$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($22,60 \pm 2,52$ см) і тяжкого ступеня ($26,65 \pm 16,09$ см) чоловіками. Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,001$

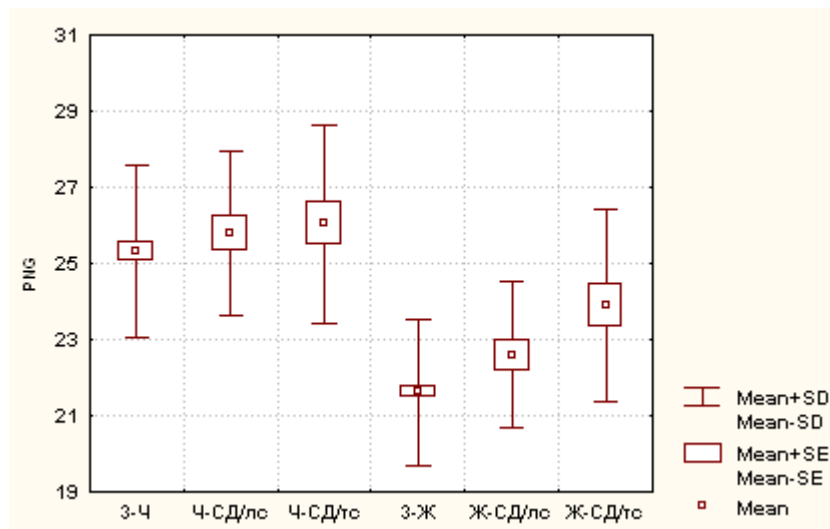


Рис. 4.21. Поперечний нижньогрудний діаметр (PNG) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

в обох випадках) менша у здорових жінок ($17,18 \pm 1,53$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($19,35 \pm 1,39$ см) і важкого ступеня ($20,00 \pm 2,20$ см) жінками (рис. 4.22, табл. Г.3).

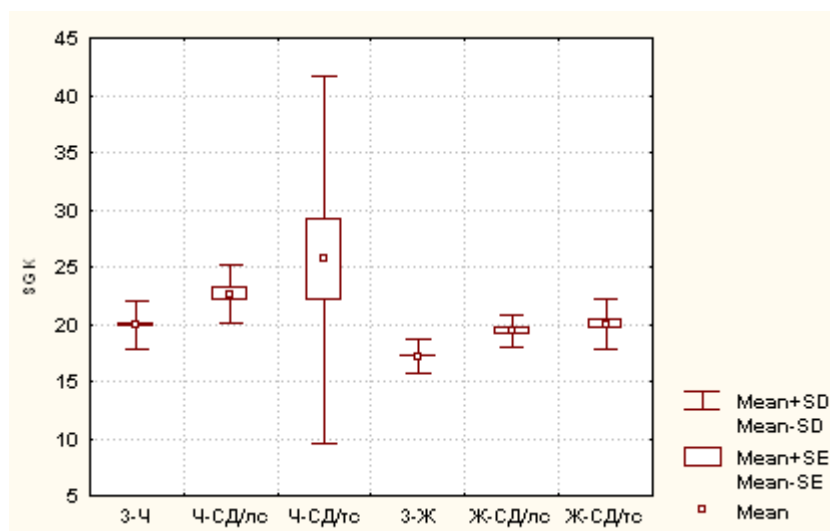


Рис. 4.22. Передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина передньо-заднього середньогруднинного діаметра у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($22,60 \pm 2,52$ см) і важкого ($26,65 \pm 16,09$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($19,35 \pm 1,39$ см і $20,00 \pm 2,20$ см) (див. рис. 4.22, див. табл. Г.3).

Величина *ширини плечей* достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у здорових чоловіків ($42,02 \pm 2,64$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($36,30 \pm 2,87$ см) і тяжкого ступеня ($35,70 \pm 3,13$ см) чоловіками. Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у здорових жінок ($36,81 \pm 2,35$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($32,05 \pm 3,05$ см) і тяжкого ступеня ($32,90 \pm 3,46$ см) жінками (рис. 4.23, табл. Г.3).

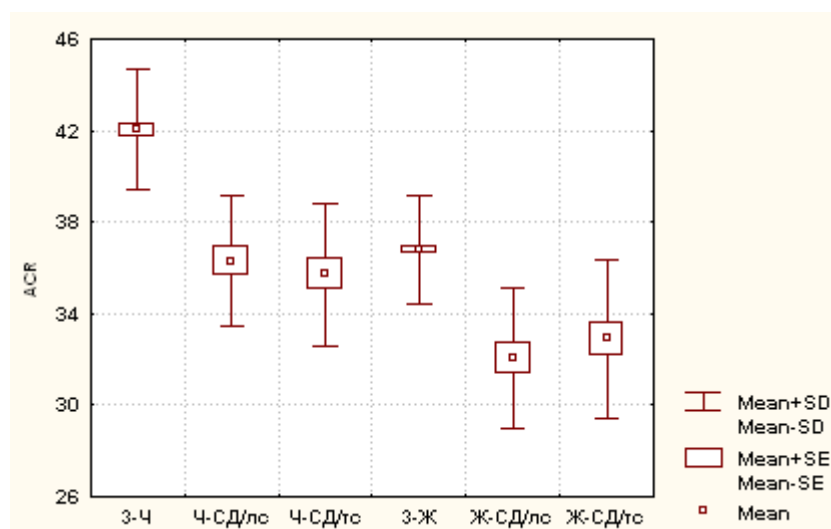


Рис. 4.23. Ширина плечей (ACR) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина ширини плечей у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($36,30 \pm 2,87$ см) і тяжкого ($35,70 \pm 3,13$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($32,05 \pm 3,05$ см і $32,90 \pm 3,46$ см) (див. рис. 4.23, див. табл. Г.3).

Величина *міжостьової відстані* достовірно ($p < 0,01$) менша у здорових жінок ($25,09 \pm 2,23$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит тяжкого ступеня жінками ($26,55 \pm 1,90$ см). Між здоровими та хворими на себореїний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини міжостьової відстані не встановлено (рис. 4.24, табл. Г.3).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини міжостьової відстані між хворими на себореїний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.24, див. табл. Г.3).

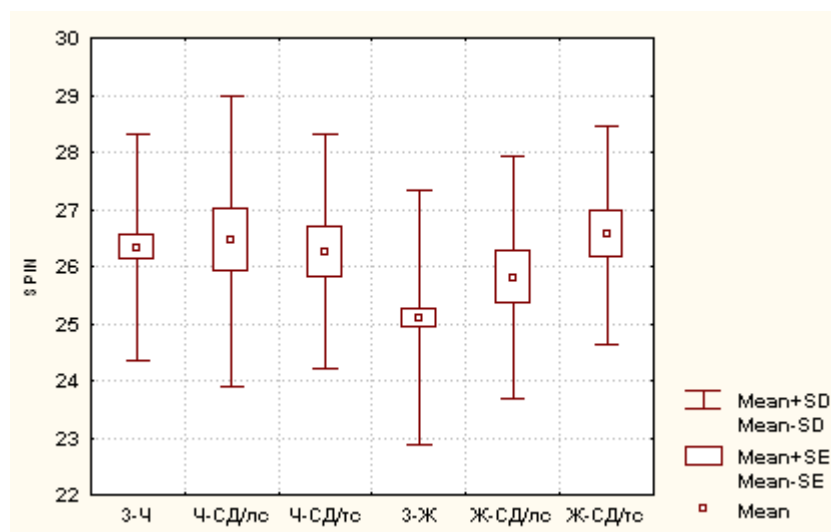


Рис. 4.24. Міжостьова відстань (SPIN) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина міжребеневої відстані достовірно ($p < 0,01$) менша у здорових жінок ($27,52 \pm 2,78$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінками ($29,40 \pm 2,19$ см) і має тенденцію ($p = 0,080$) до менших значень порівняно із жінками з дерматитом легкого ступеня ($28,80 \pm 2,31$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини міжребеневої відстані не встановлено (рис. 4.25, табл. Г.3).

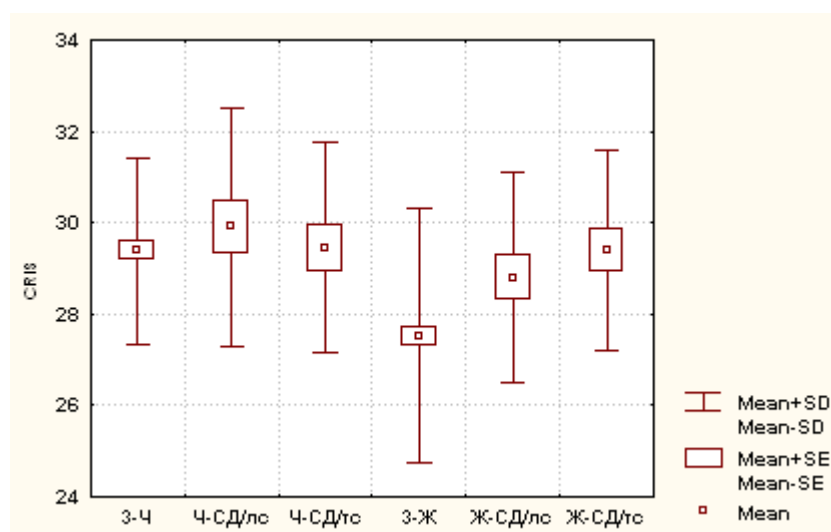


Рис. 4.25. Міжребенева відстань (CRIS) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини міжребеневої відстані між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.25, див. табл. Г.3).

Величина міжвертлюгової відстані достовірно ($p < 0,05$) менша у здорових чоловіків ($32,96 \pm 2,10$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня чоловіками ($34,15 \pm 2,06$ см) і має тенденцію ($p = 0,080$) до менших значень порівняно із чоловіками з дерматитом легкого ступеня ($33,85 \pm 2,35$ см). Величина міжвертлюгової відстані у жінок хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($33,95 \pm 2,72$ см) достовірно ($p < 0,01$) більша порівняно із здоровими жінками ($32,31 \pm 1,92$ см) і має тенденцію ($p = 0,079$) до більших значень порівняно із жінками з дерматитом легкого ступеня ($32,60 \pm 2,74$ см) (рис. 4.26, табл. Г.3).

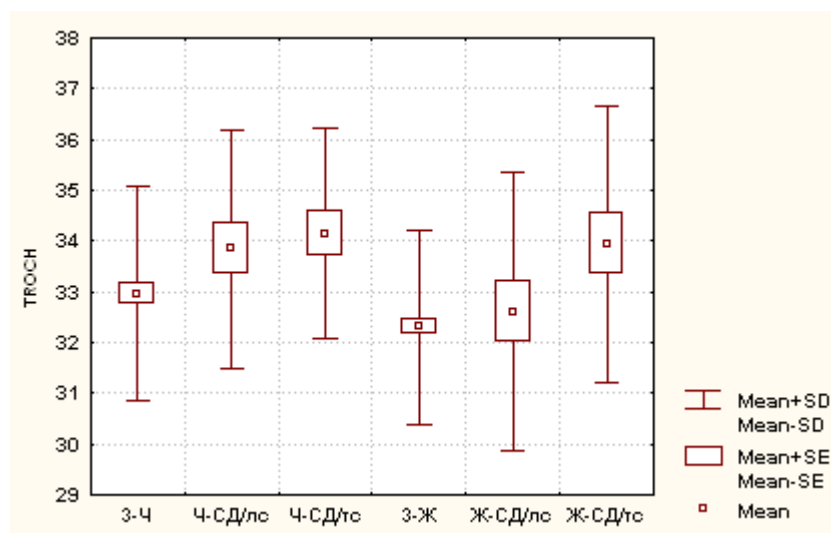


Рис. 4.26. Міжвертлюгова відстань (TROCH) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина міжвертлюгової відстані у чоловіків з дерматитом легкого ступеня ($33,85 \pm 2,35$ см) має тенденцію ($p = 0,079$) до більших значень порівняно із жінками аналогічної групи порівняння ($32,60 \pm 2,74$ см) (див. рис. 4.26, див. табл. Г.3).

Величина поверхневої кон'югати у жінок хворих на себорейний дерматит достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у здорових жінок ($18,83 \pm 1,71$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($21,18 \pm 2,09$ см) і тяжкого ступеня ($21,50 \pm 2,09$ см) жінками (рис. 4.27, див. табл. Г.3).

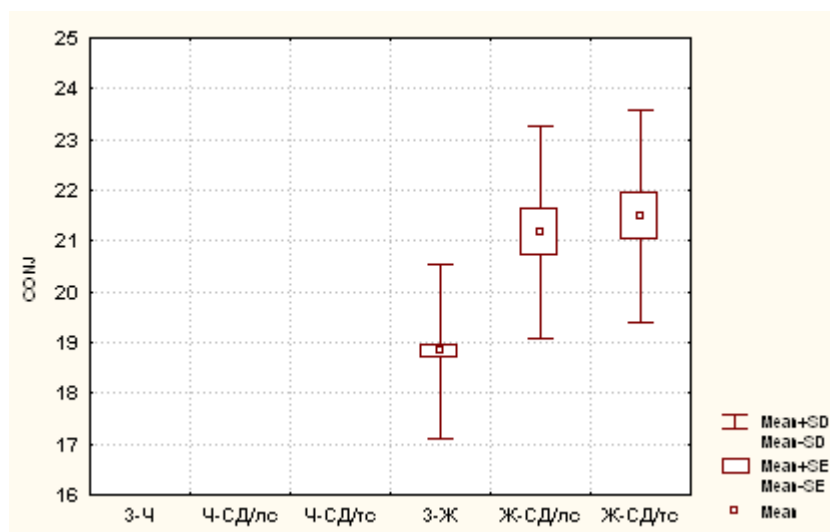


Рис. 4.27. Поверхнева кон'югата (CONJ) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості жінок (см).

Величина *обхвату плеча у напруженому стані* у здорових чоловіків ($33,23 \pm 2,84$ см) достовірно ($p < 0,05$) більша порівняно із чоловіками хворими на себореїний дерматит легкого ступеня ($31,40 \pm 2,76$ см) і має тенденцію ($p = 0,082$) до більших значень порівняно хворими на себореїний дерматит тяжкого ступеня ($32,48 \pm 4,45$ см). Між здоровими та хворими на себореїний дерматит жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату плеча у напруженому стані не встановлено (рис. 4.28, табл. Г.4).

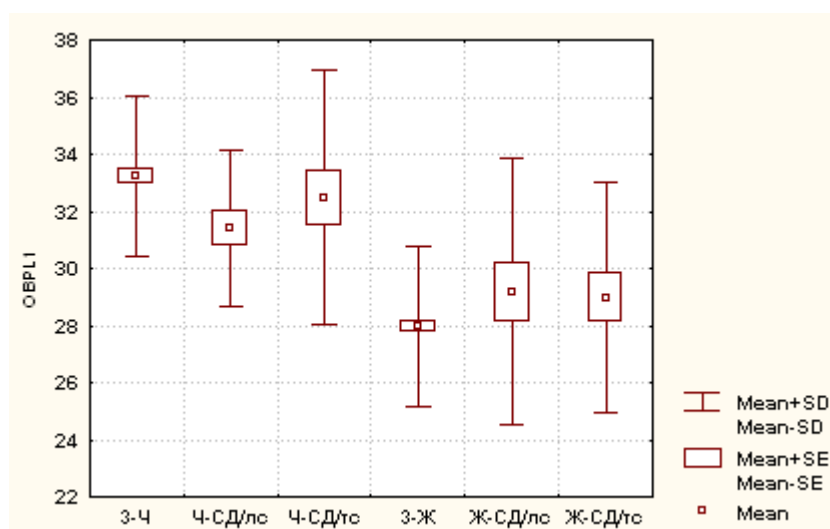


Рис. 4.28. Обхват плеча у напруженому стані (OBPL1) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату плеча у напруженому стані у чоловіків хворих на себореїний дерматит тяжкого ступеня достовірно більша ($p < 0,001$), а у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ступеня ($31,40 \pm 2,76$ см) має тенденцію ($p = 0,061$) до більших значень порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($29,98 \pm 4,01$ см і $29,18 \pm 4,67$ см) (див. рис. 4.28, див. табл. Г.4).

Величина обхвату плеча у ненапруженому стані достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у здорових чоловіків ($30,17 \pm 2,94$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($33,68 \pm 2,51$ см) і тяжкого ступеня ($34,35 \pm 4,67$ см) чоловіками. Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($26,43 \pm 2,80$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($29,75 \pm 4,52$ см) і тяжкого ступеня ($30,63 \pm 4,66$ см) жінками (рис. 4.28, табл. Г.4).

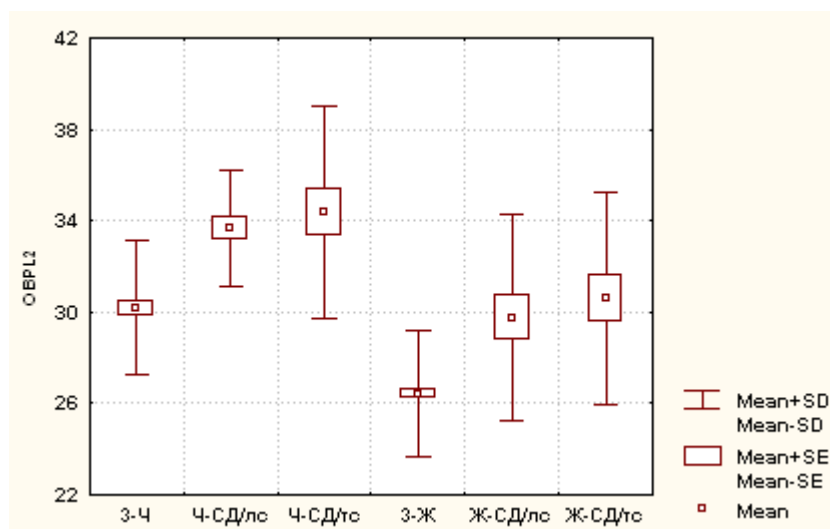


Рис. 4.29. Обхват плеча у ненапруженому стані (OBPL2) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату плеча у ненапруженому стані у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($33,68 \pm 2,51$ см) і тяжкого ($34,35 \pm 4,67$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($29,75 \pm 4,52$ см і $30,63 \pm 4,66$ см) (див. рис. 4.28, див. табл. Г.4).

Між здоровими та хворими на себореїний дерматит чоловіками або жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату передпліччя у верхній частині не встановлено (рис. 4.30, див. табл. Г.4).

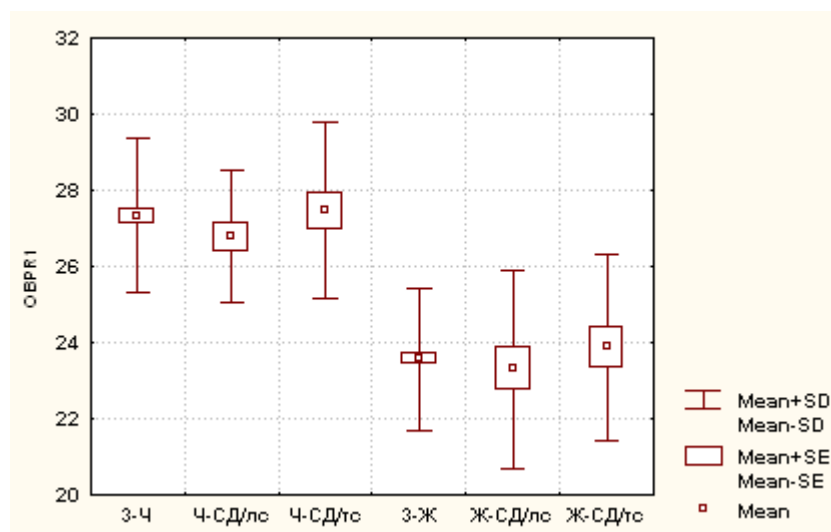


Рис. 4.30. Обхват передпліччя у верхній частині (OBPR1) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату передпліччя у верхній частині у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($26,78 \pm 1,74$ см) і тяжкого ($27,45 \pm 2,32$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($23,30 \pm 2,59$ см і $23,88 \pm 2,46$ см) (рис. 4.30, див. табл. Г.4).

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками або жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини *обхвату передпліччя у нижній частині* не встановлено (рис. 4.31, див. табл. Г.4).

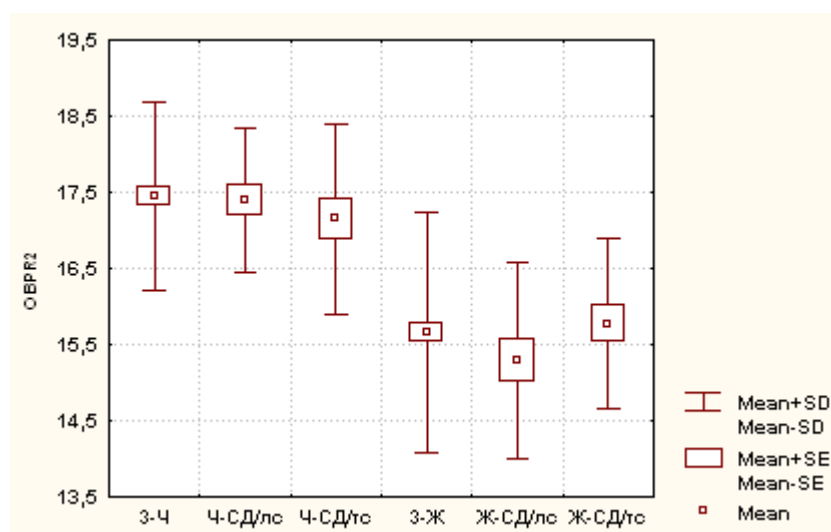


Рис. 4.31. Обхват передпліччя у нижній частині (OBPR2) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату передпліччя у нижній частині у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($17,40 \pm 0,94$ см) і тяжкого ($17,15 \pm 1,26$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($15,30 \pm 1,29$ см і $15,78 \pm 1,13$ см) (див. рис. 4.31, див. табл. Г.4).

Величина обхвату кисті у здорових жінок ($18,68 \pm 1,15$ см) достовірно ($p < 0,05$) більша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня жінками ($18,20 \pm 1,03$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату кисті не встановлено (рис. 4.32, див. табл. Г.4).

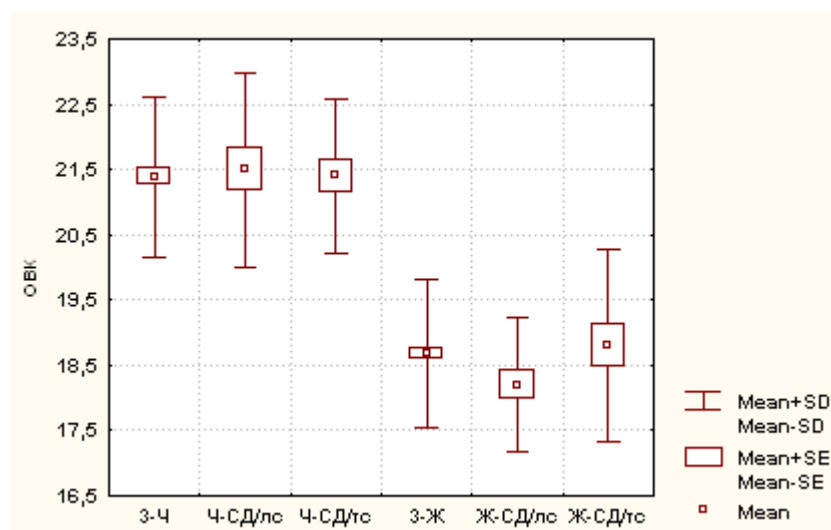


Рис. 4.32. Обхват кисті (ОВК) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату кисті у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($21,50 \pm 1,49$ см) і тяжкого ($21,40 \pm 1,19$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,001$ в усіх випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($18,20 \pm 1,03$ см і $18,80 \pm 1,47$ см) (див. рис. 4.32, див. табл. Г.4).

Величина обхвату стегна у здорових чоловіків ($53,25 \pm 4,49$ см) достовірно ($p < 0,05$) менша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня чоловіками ($56,00 \pm 3,87$ см) і має тенденцію ($p = 0,081$) до більших значень порівняно хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($56,25 \pm 6,69$ см). Величина даного розміру у жінок хворих на себорейний дерматит достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($52,91 \pm 4,46$ см) порівняно із хворими на себорей-

ний дерматит легкого ($58,20 \pm 9,00$ см) і тяжкого ($58,83 \pm 8,02$ см) ступеня жінками (рис. 4.33, див. табл. Г.4).

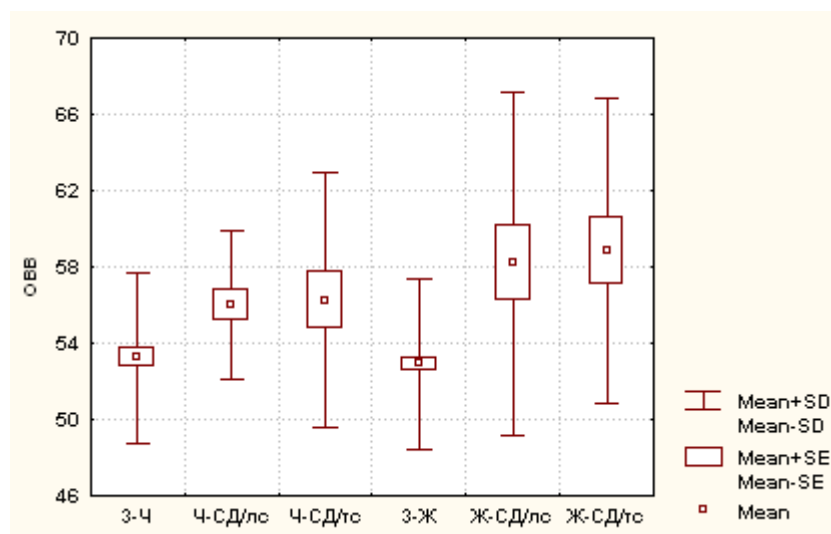


Рис. 4.33. Обхват стегна (ОВВ) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини обхвату стегна між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.33, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату стегон* у здорових жінок ($95,40 \pm 6,73$ см) має тенденцію ($p=0,080$) до менших значень порівняно з хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінками ($101,0 \pm 12,2$ см). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату стегон не встановлено (рис. 4.34, див. табл. Г.4).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини обхвату стегон між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.34, див. табл. Г.4).

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками або жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини *обхвату гомілки у верхній частині* не встановлено (рис. 4.35, див. табл. Г.4).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини обхвату гомілки у верхній частині між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.35, див. табл. Г.4).

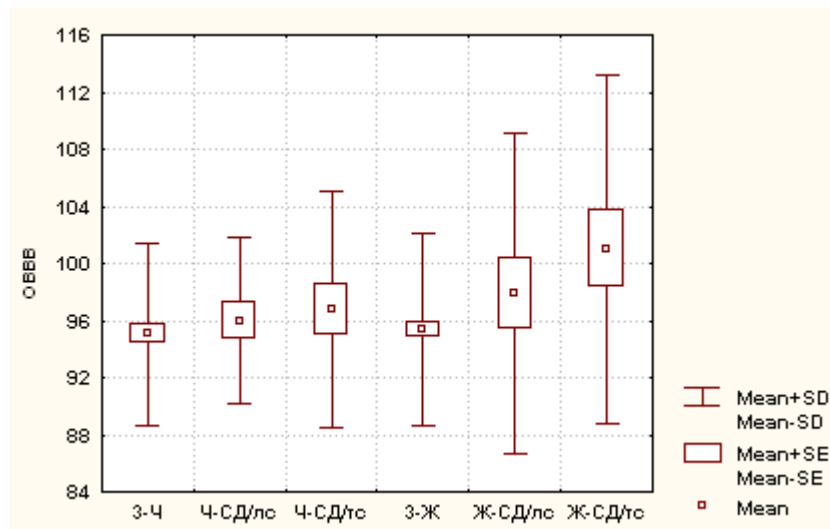


Рис. 4.34. Обхват стегон (OBVB) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

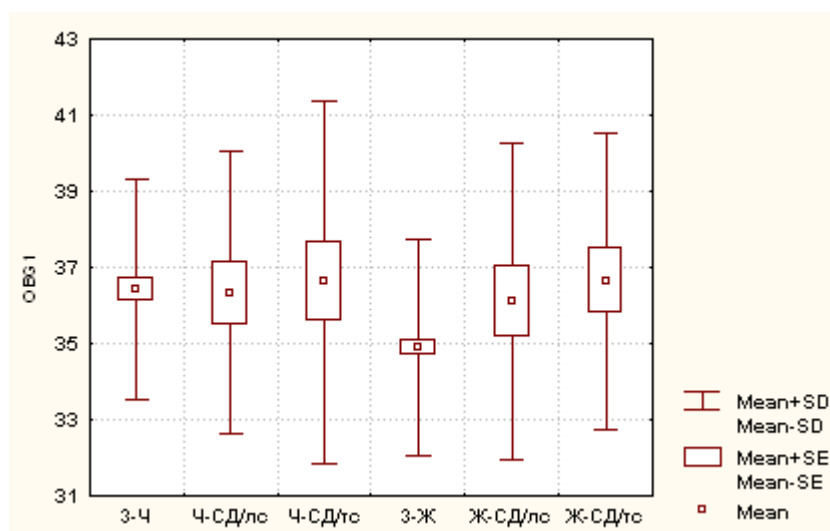


Рис. 4.35. Обхват гомілки у верхній частині (OBG1) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина *обхвату гомілки у нижній частині* у здорових чоловіків ($23,41 \pm 1,87$ см) достовірно ($p < 0,05$) менша порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня чоловіками ($24,43 \pm 2,42$ см). Величина даного розміру достовірно ($p < 0,01$) менша у здорових жінок ($22,20 \pm 1,67$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінками ($23,55 \pm 1,32$ см) і має тенденцію ($p = 0,083$) до менших значень порівняно із жінками з дерматитом легкого ступеня ($22,85 \pm 1,69$ см) (рис. 4.36, табл. Г.4).

Величина *обхвату гомілки у нижній частині* у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($24,13 \pm 2,21$ см) і тяжкого ($24,43 \pm 2,42$ см) ступеня дос-

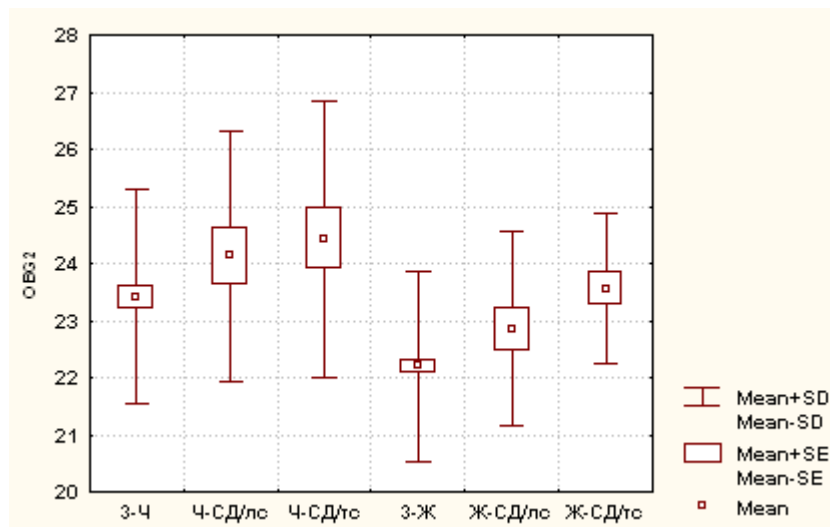


Рис. 4.36. Обхват голілки у нижній частині (OBG2) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

товірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($22,85 \pm 1,69$ см і $23,55 \pm 1,32$ см) (див. рис. 4.36, див. табл. Г.4).

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками або жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини *обхвату стопи* не встановлено (рис. 4.37, див. табл. Г.4).

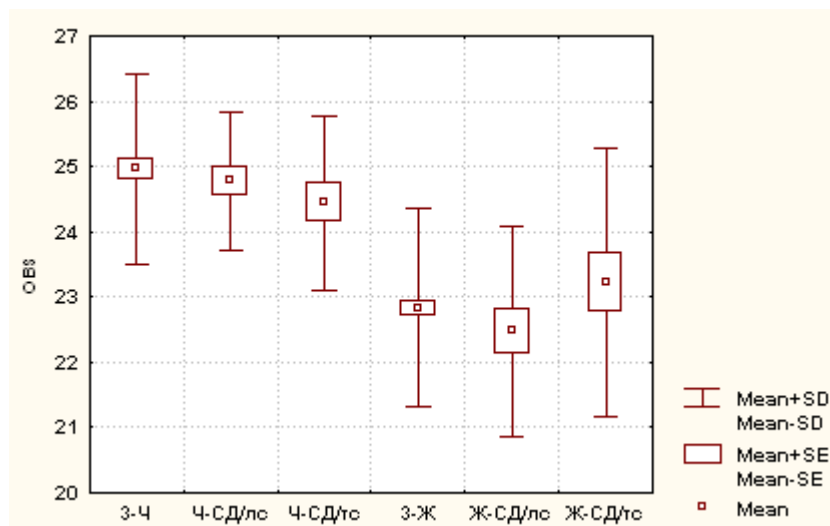


Рис. 4.37. Обхват стопи (OBS) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина *обхвату стопи* у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($24,78 \pm 1,04$ см) і тяжкого ($24,45 \pm 1,34$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($22,48 \pm 1,61$ см і $23,23 \pm$

2,05 см) (див. рис. 4.37, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату шиї* у здорових чоловіків ($37,67 \pm 1,92$ см) має тенденцію ($p=0,055$) до менших значень порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ступеня чоловіками ($38,63 \pm 1,96$ см). Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($31,92 \pm 1,43$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($33,55 \pm 3,00$ см) і тяжкого ступеня ($34,28 \pm 2,81$ см) жінками (рис. 4.38, див. табл. Г.4).

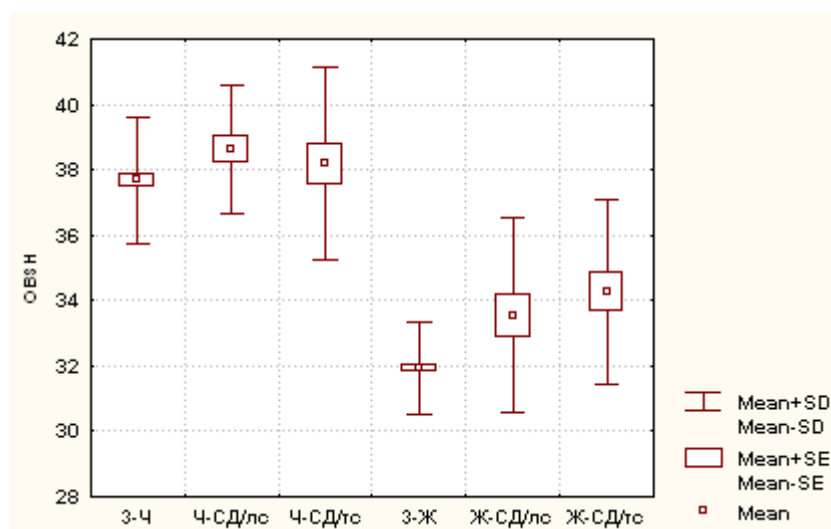


Рис. 4.38. Обхват шиї (OBSH) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату шиї у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ($38,63 \pm 1,96$ см) і тяжкого ($38,18 \pm 2,96$ см) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($33,55 \pm 3,00$ см і $34,28 \pm 2,81$ см) (див. рис. 4.38, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату талії* у здорових чоловіків ($79,48 \pm 7,32$ см) має тенденцію ($p=0,093$) до менших значень порівняно із хворими на себореїний дерматит тяжкого ступеня чоловіками ($86,18 \pm 14,69$ см). Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($68,74 \pm 6,18$ см) порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($77,05 \pm 11,54$ см) і тяжкого ступеня ($78,00 \pm 12,93$ см) жінками (рис. 4.39, див. табл. Г.4).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини обхвату талії між хворими на себореїний дерматит чоловіками та жінками не встановлено

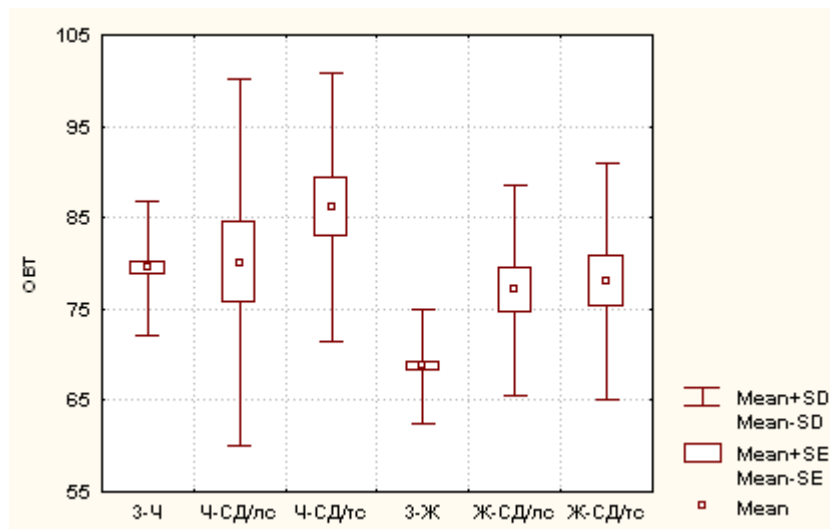


Рис. 4.39. Обхват талії (OBT) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

(див. рис. 4.39, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату грудної клітки на вдиху* достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($89,20 \pm 6,08$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($95,00 \pm 9,03$ см) і тяжкого ступеня ($97,30 \pm 10,11$ см) жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату грудної клітки на вдиху не встановлено (рис. 4.40, див. табл. Г.4).

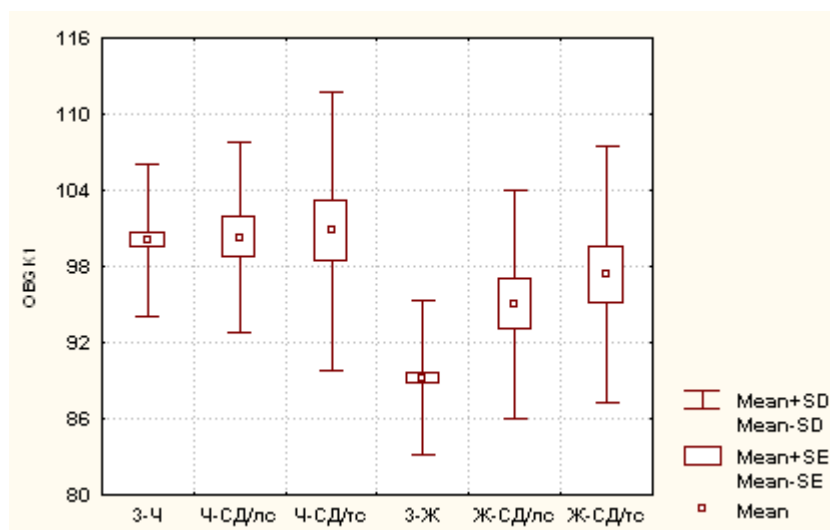


Рис. 4.40. Обхват грудної клітки на вдиху (OBGK1) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату грудної клітки на вдиху у чоловіків хворих на себорей-

ний дерматит легкого ступеня ($100,3 \pm 7,5$ см) достовірно більша ($p < 0,001$) порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($95,00 \pm 9,03$ см) (див. рис. 4.40, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату грудної клітки на видиху* достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($82,24 \pm 6,31$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($87,00 \pm 7,91$ см) і тяжкого ступеня ($89,15 \pm 8,95$ см) жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату грудної клітки на видиху не встановлено (рис. 4.41, див. табл. Г.4).

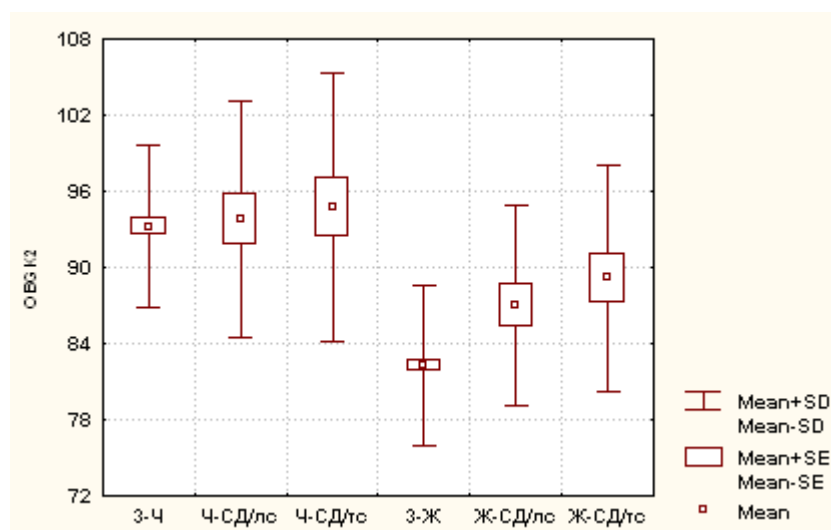


Рис. 4.41. Обхват грудної клітки на видиху (OBGK2) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина обхвату грудної клітки на видиху чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ступеня ($93,80 \pm 9,26$ см) достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($82,24 \pm 6,31$ см і $87,00 \pm 7,91$ см) (див. рис. 4.41, див. табл. Г.4).

Величина *обхвату грудної клітки у спокійному стані* достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($84,58 \pm 6,34$ см) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($90,65 \pm 8,05$ см) і тяжкого ступеня ($92,95 \pm 9,90$ см) жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини обхвату грудної клітки у спокійному стані не встановлено (рис. 4.42, табл. Г.4).

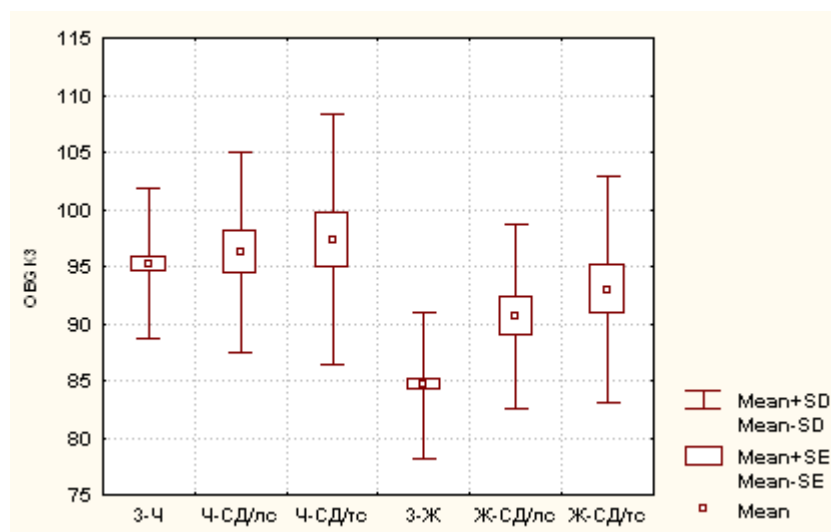


Рис. 4.42. Обхват грудної клітки у спокійному стані (OBGK3) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (см).

Величина грудної клітки у спокійному стані у чоловіків хворих на себореїний дерматит легкого ступеня ($96,25 \pm 8,72$ см) достовірно більша ($p < 0,001$) порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($92,95 \pm 9,90$ см) (див. рис. 4.42, див. табл. Г.4).

Величина товщини шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча у здорових чоловіків ($7,848 \pm 2,914$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно з хворими на себореїний дерматит легкого ($3,950 \pm 1,146$ мм) і тяжкого ($4,200 \pm 1,609$ мм) ступеня чоловіками. Величина даного розміру у здорових жінок ($8,163 \pm 3,168$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($4,000 \pm 1,338$ мм) і тяжкого ($4,600 \pm 1,501$ мм) ступеня жінками (рис. 4.43, табл. Г.5).

Між хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками і жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (див. рис. 4.43, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча у здорових чоловіків ($5,592 \pm 2,132$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($3,250 \pm 1,070$ мм) і тяжкого ($3,000 \pm 1,214$ мм) ступеня чоловіками. Величина даного розміру у здоро-

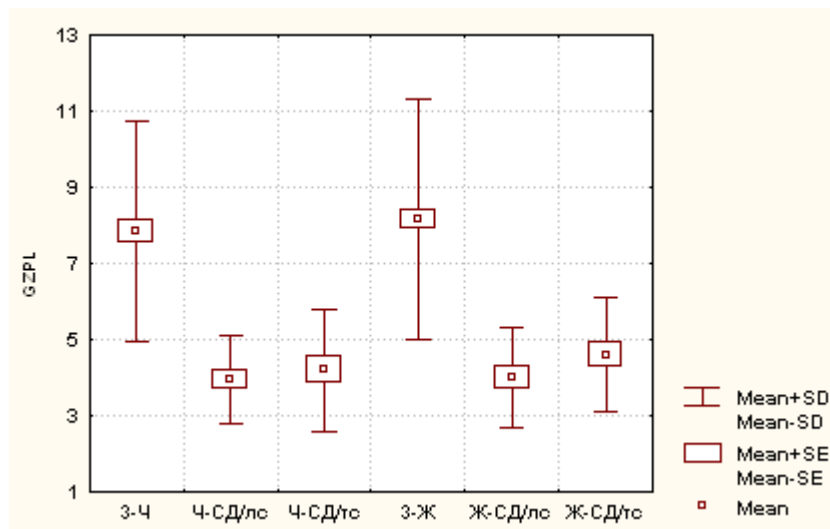


Рис. 4.43. Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (GZPL) у здорових і хворих на себореєний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

вих жінок ($6,091 \pm 2,514$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себореєний дерматит легкого ($3,250 \pm 0,967$ мм) і тяжкого ($4,200 \pm 1,542$ мм) ступеня жінками. Величина товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча у хворих на себореєний дерматит тяжкого ступеня жінок ($4,200 \pm 1,542$ мм) достовірно ($p < 0,05$) більша порівняно із хворими на себореєний дерматит легкого ступеня жінками ($3,250 \pm 0,967$ мм) (рис. 4.44, див. табл. Г.5).

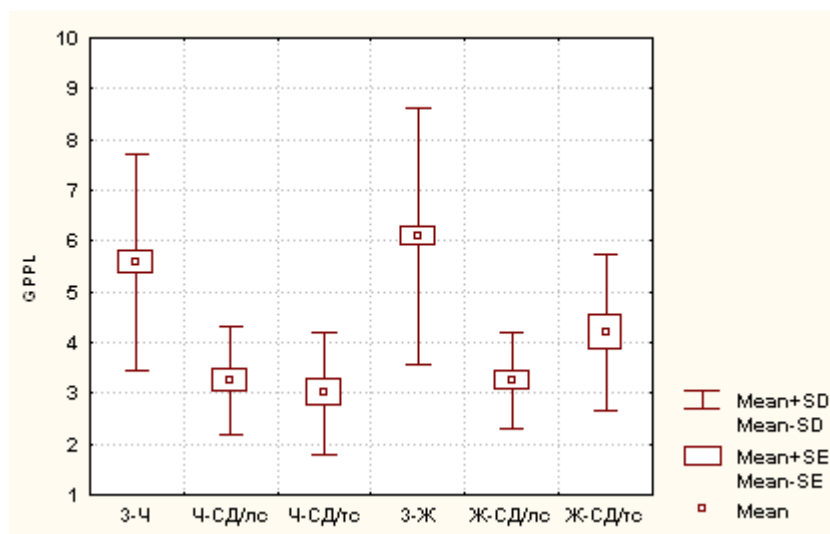


Рис. 4.44. Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (GPPL) у здорових і хворих на себореєний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Величина товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча у чоловіків хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($3,000 \pm 1,214$ мм) достовірно менша ($p < 0,05$) порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($4,200 \pm 1,542$ мм) (див. рис. 4.44, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки на передпліччі у здорових чоловіків ($4,173 \pm 1,621$ мм) має тенденцію ($p = 0,088$) до більших значень порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня чоловіками ($3,400 \pm 0,940$ мм). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит жінками достовірних або тенденцій відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на передпліччі не встановлено (рис. 4.45, див. табл. Г.5).

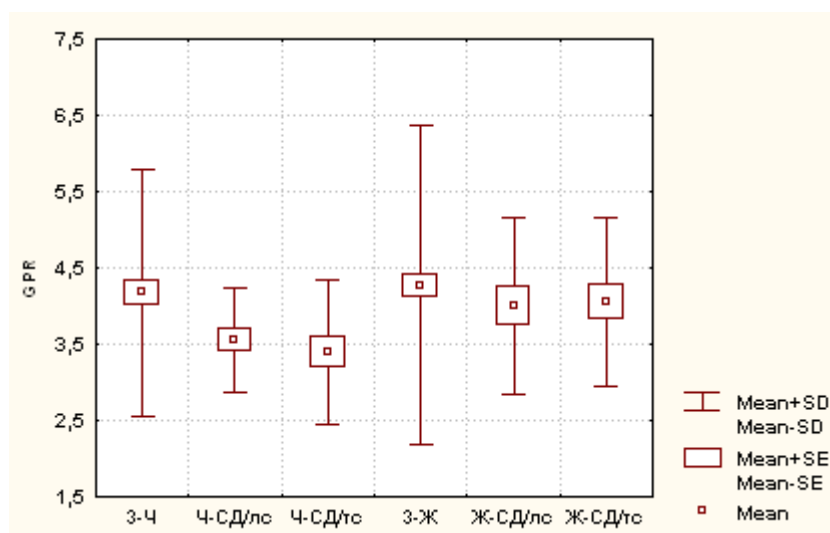


Рис. 4.45. Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (GPR) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Величина товщини шкірно-жирової складки на передпліччі у чоловіків хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня ($3,400 \pm 0,940$ мм) має тенденцію ($p = 0,068$) до менших значень порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($4,050 \pm 1,099$ мм) (див. рис. 4.45, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки у здорових чоловіків ($13,53 \pm 3,92$ мм) має тенденцію ($p = 0,071$) до більших значень порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня чоловіками ($13,05 \pm 6,50$ мм). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит жінками

достовірних або тенденцій відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки не встановлено (рис. 4.46, див. табл. Г.5).

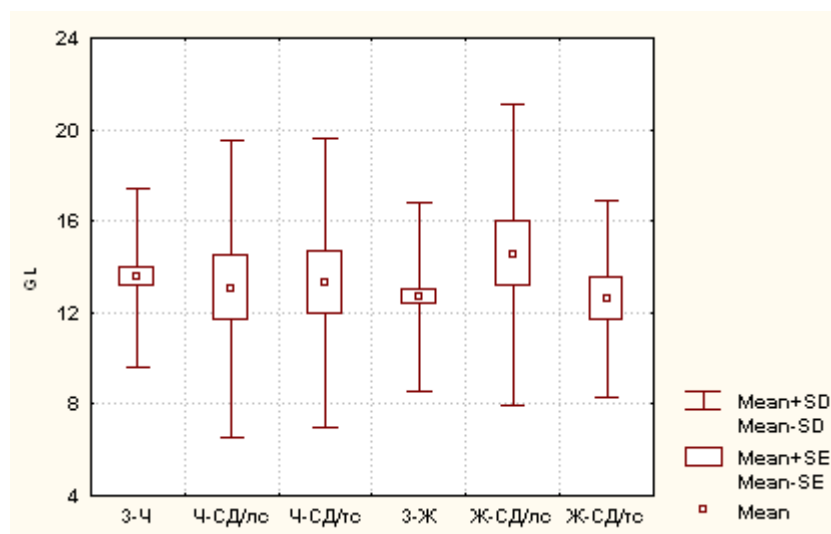


Рис. 4.46. Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (GL) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Між хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками і жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (див. рис. 4.46, див. табл. Г.5).

Величина *товщини шкірно-жирової складки на грудях* у здорових чоловіків ($4,924 \pm 1,729$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($3,500 \pm 1,000$ мм) і тяжкого ($3,550 \pm 1,317$ мм) ступеня чоловіками. Величина даного розміру у здорових жінок ($5,238 \pm 2,452$ мм) достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($3,600 \pm 1,046$ мм) і тяжкого ($4,250 \pm 1,482$ мм) ступеня жінками (рис. 4.47, див. табл. Г.5).

Між хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками і жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на грудях (див. рис. 4.47, див. табл. Г.5).

Між здоровими та хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини *товщини шкірно-жирової складки на животі* (рис. 4.48, див. табл. Г.5).

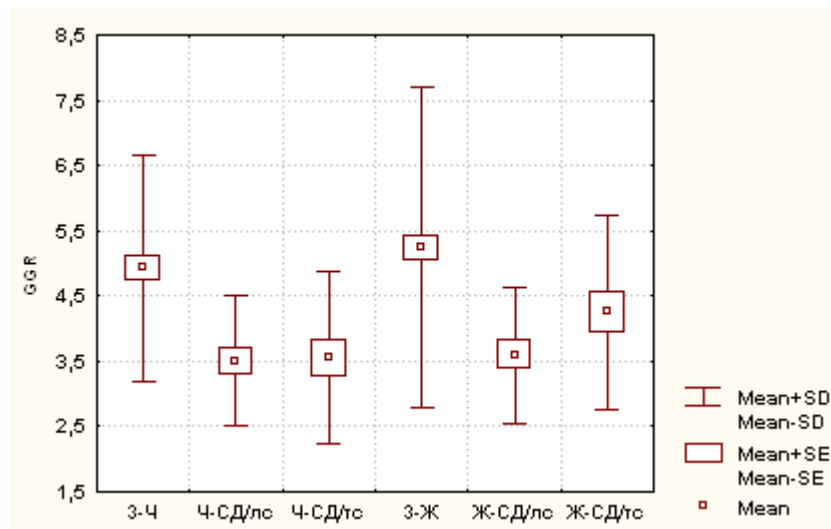


Рис. 4.47. Товщина шкірно-жирової складки на грудях (GGR) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

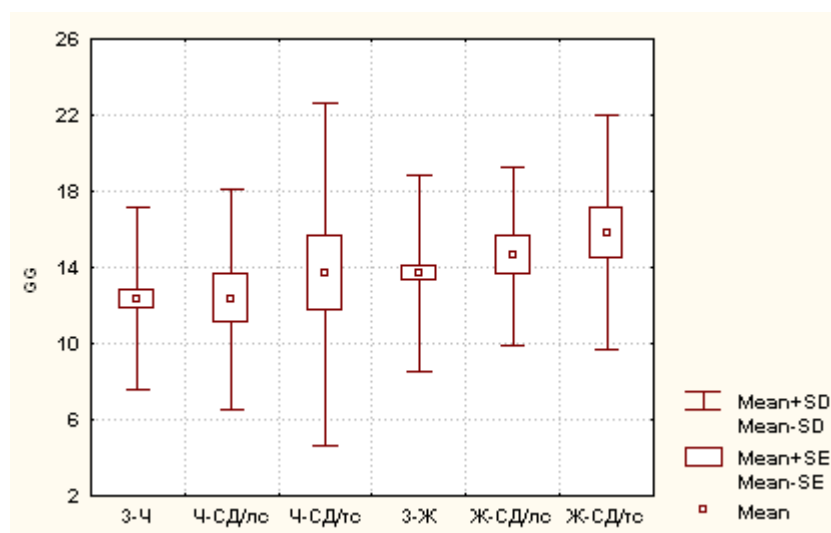


Рис. 4.48. Товщина шкірно-жирової складки на животі (GG) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на животі між хворими на себореїний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.48, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки на боці у здорових чоловіків ($10,75 \pm 4,41$ мм) достовірно ($p < 0,05-0,001$) менша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($14,70 \pm 7,32$ мм) і тяжкого ($16,30 \pm 8,05$ мм) ступеню чоловіками. Величина даного розміру у здорових жінок ($11,93 \pm 4,99$ мм) достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($16,35 \pm 5,095$ мм) і тяжкого ($17,25 \pm 5,99$ мм) ступеня жінками (рис. 4.49,

див. табл. Г.5).

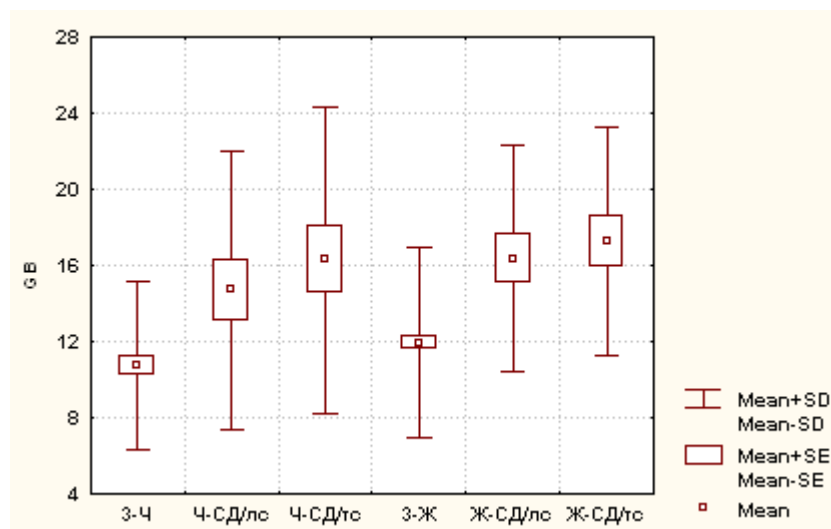


Рис. 4.49. Товщина шкірно-жирової складки на боці (GB) у здорових і хворих на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на боці між хворими на себореїний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.49, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки на стегні у здорових чоловіків ($12,80 \pm 3,85$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($6,750 \pm 1,618$ мм) і тяжкого ($7,900 \pm 2,125$ мм) ступеня чоловіками. Величина товщини шкірно-жирової складки на стегні у хворих на себореїний дерматит тяжкого ступеня чоловіків ($7,900 \pm 2,125$ мм) має тенденцію ($p = 0,058$) до більших значень порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ступеня чоловіками ($6,750 \pm 1,618$ мм). Величина товщини шкірно-жирової складки на стегні у здорових жінок ($14,74 \pm 4,38$ мм) достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша порівняно із хворими на себореїний дерматит легкого ($7,750 \pm 3,076$ мм) і тяжкого ($9,000 \pm 3,061$ мм) ступеня жінками (рис. 4.50, див. табл. Г.5).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини товщини шкірно-жирової складки на стегні між хворими на себореїний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.50, див. табл. Г.5).

Величина товщини шкірно-жирової складки на гомілці у здорових чоловіків

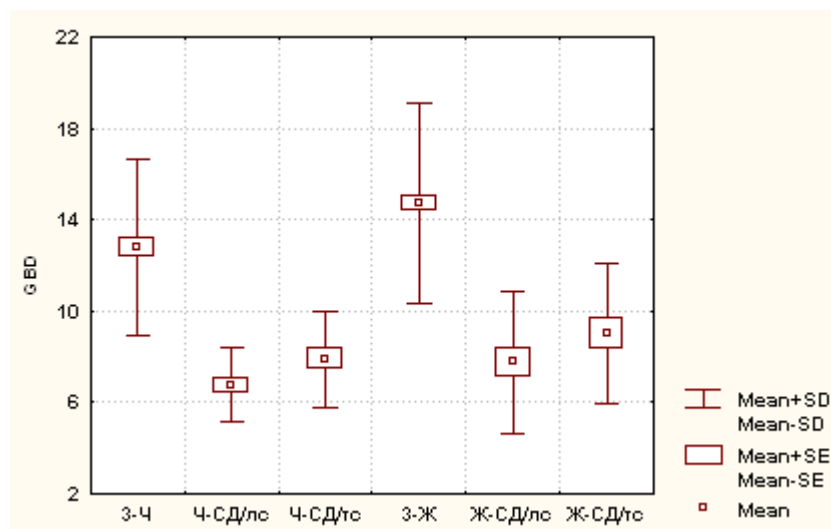


Рис. 4.50. Товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

($8,982 \pm 2,691$ мм) має тенденцію ($p=0,052$) до більших значень порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня чоловіками ($7,550 \pm 1,986$ мм). Величина даного показника у здорових жінок ($10,80 \pm 3,09$ мм) достовірно ($p < 0,05$) більша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня жінками ($9,700 \pm 2,993$ мм) (рис. 4.51, табл. Г.5).

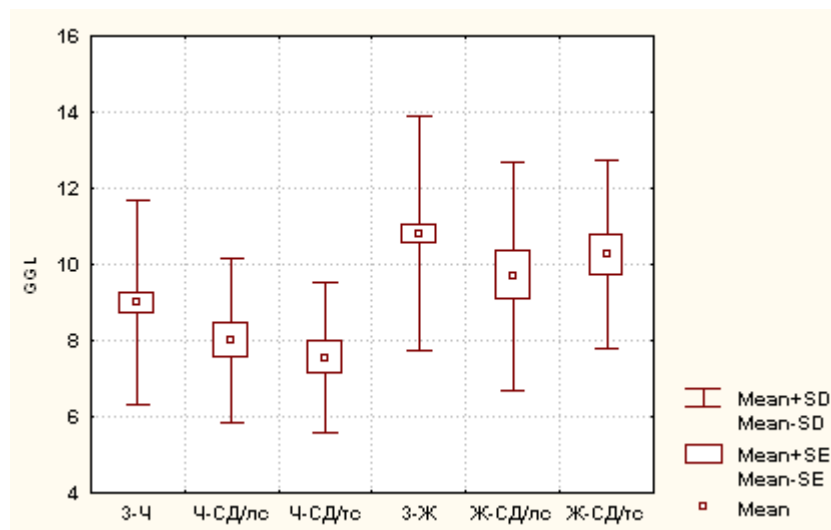


Рис. 4.51. Товщина шкірно-жирової складки на гомілці (GGL) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (мм).

Величина товщини шкірно-жирової складки на гомілці у хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня чоловіків ($7,550 \pm 1,986$ мм) достовірно менша ($p < 0,001$), а у хворих на себорейний дерматит легкого ступеня чоловіків має те-

нденцію ($p=0,072$) до менших значень порівняно з жінками аналогічної групи порівняння ($10,80\pm 3,09$ мм і $10,25\pm 2,47$ мм) (див. рис. 4.51, див. табл. Г.5).

Між здоровими та хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками або жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини *ендоморфного компоненту соматотипу* (рис. 4.52, табл. Г.6).

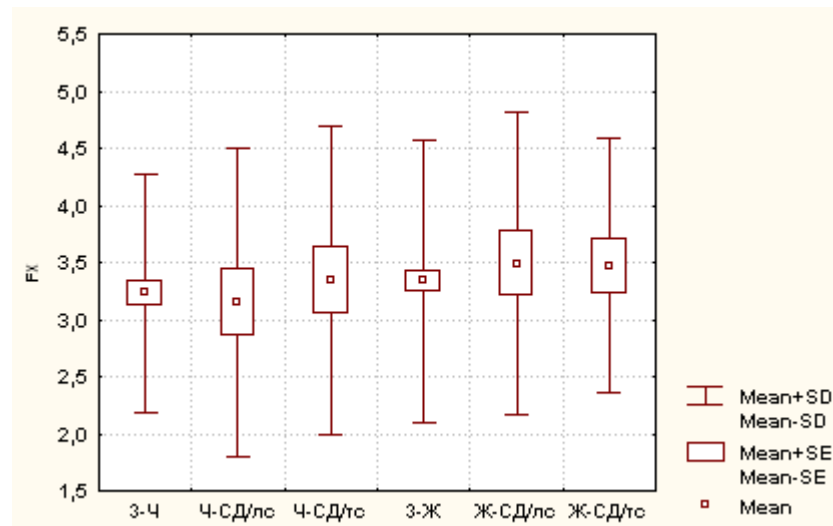


Рис. 4.52. Величина ендоморфного компоненту соматотипу (FX) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (бал).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини ендоморфного компоненту соматотипу між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.52, див. табл. Г.6).

Величина *мезоморфного компоненту соматотипу* у здорових жінок ($3,766\pm 1,324$ бал) достовірно ($p<0,05$ в обох випадках) менша порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($5,502\pm 3,443$ бал) і тяжкого ($4,944\pm 2,177$ бал) ступеня жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини мезоморфного компоненту соматотипу не встановлено (рис. 4.53, див. табл. Г.6).

Достовірних або тенденцій статевих відмінностей величини мезоморфного компоненту соматотипу між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками не встановлено (див. рис. 4.53, див. табл. Г.6).

Величина *ектоморфного компоненту соматотипу* у здорових жінок ($2,688\pm 1,256$ бал) достовірно ($p<0,01$ в обох випадках) більша порівняно із хвори-

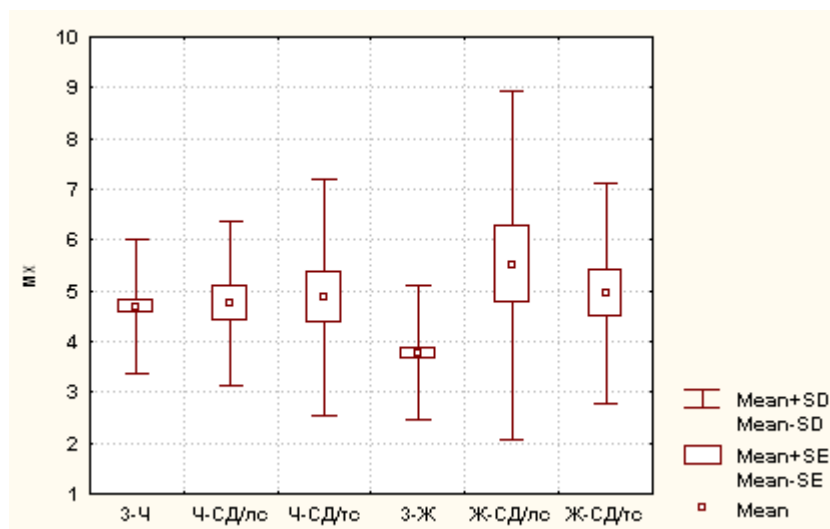


Рис. 4.53. Величина мезоморфного компоненту соматотипу (MX) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (бал).

ми на себорейний дерматит легкого ($1,736 \pm 1,527$ бал) і тяжкого ($1,818 \pm 1,527$ бал) ступеня жінками. Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини екоморфного компоненту соматотипу не встановлено (рис. 4.54, див. табл. Г.6).

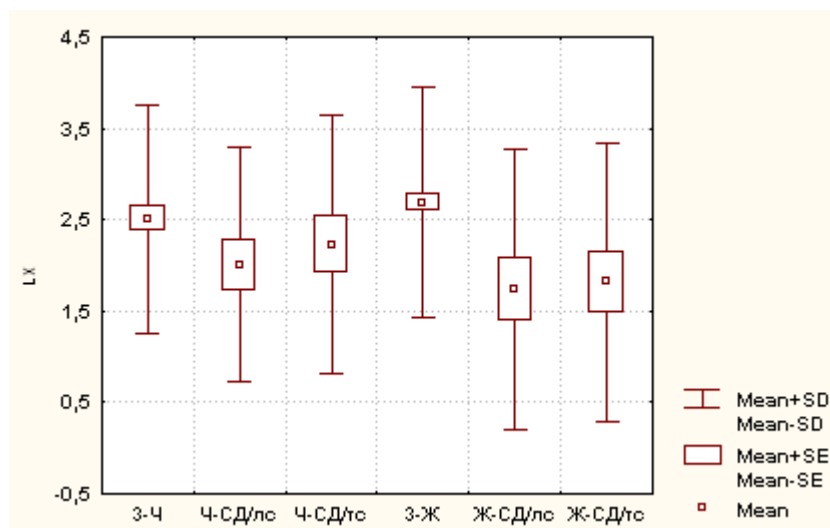


Рис. 4.54. Величина екоморфного компоненту соматотипу (LX) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (бал).

Між хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками і жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини екоморфного компоненту соматотипу (див. рис. 4.54, див. табл. Г.6).

Відсоткова частка осіб із середнім проміжним соматотипом достовірно

($p < 0,01$) більша у хворих чоловіків з легким перебігом себорейного дерматиту (15%) порівняно з групою контролю (7,3%) (рис. 4.55, табл. Г.7).

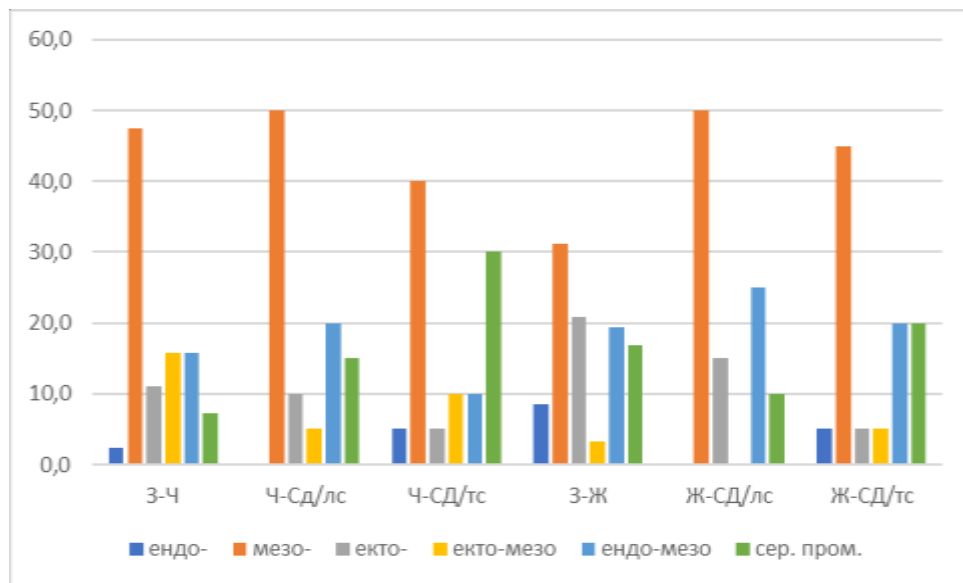


Рис. 4.55. Типи соматотипів у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Відсоткова частка осіб із мезоморфним соматотипом має тенденцію ($p = 0,095$) до більших значень у хворих жінок з легким перебігом себорейного дерматиту (50%) порівняно з групою здорових жінок (31,2%). Відсоткова частка осіб із ектиморфним соматотипом має тенденцію ($p = 0,092$) до менших значень у хворих жінок з тяжким перебігом себорейного дерматиту (15%) порівняно з групою здорових жінок (20,8%) (див. рис. 4.55, див. табл. Г.7).

Серед мезоморфів (47,6%) і екто-мезоморфів (15,9%) встановлено достовірно ($p < 0,01$) більшу відсоткову частку здорових чоловіків порівняно із здоровими жінками (31,2% і 3,2%). Серед ендоморфів (2,4%) і ектиморфів (11,0%) встановлено достовірно ($p < 0,01$) меншу відсоткову частку здорових чоловіків порівняно із здоровими жінками (8,4% і 20,8%) (див. рис. 4.55, див. табл. Г.7).

Величина м'язового компоненту маси тіла за *Matiegka* достовірно ($p < 0,05-0,01$) менша у здорових чоловіків ($34,22 \pm 5,88$ кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($37,59 \pm 5,21$ кг) і тяжкого ступеня ($39,43 \pm 8,93$ кг) чоловіками. Величина зазначеного розміру достовірно ($p < 0,05-0,001$) менша у здорових жінок ($27,26 \pm 4,71$ кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого

($31,74 \pm 9,73$ кг) і тяжкого ступеня ($33,70 \pm 7,94$ кг) жінками (рис. 4.56, див. табл. Г.6).

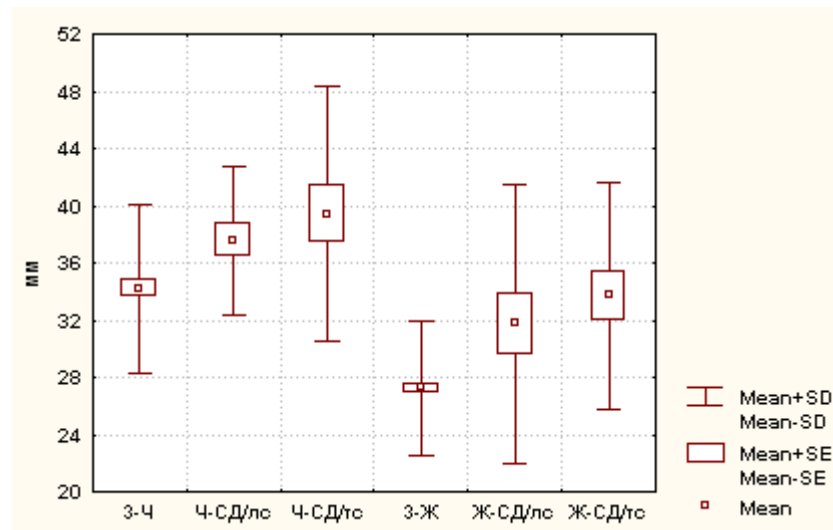


Рис. 4.56. Величина м'язового компоненту маси тіла за Matiegka (ММ) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (кг).

Величина м'язового компоненту маси тіла за Matiegka у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($37,59 \pm 5,21$ кг) і тяжкого ($39,43 \pm 8,93$ кг) ступеня достовірно більша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($31,74 \pm 9,73$ кг і $33,70 \pm 7,94$ кг) (див. рис. 4.56, див. табл. Г.6).

Величина м'язового компоненту маси тіла за Американським інститутом харчування у здорових чоловіків достовірно ($p < 0,05$) менша ($38,67 \pm 7,20$ кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня ($42,47 \pm 6,78$ кг) і має тенденцію ($p = 0,063$) до менших значень порівняно із чоловіками з тяжким ступенем захворювання ($45,18 \pm 13,38$ кг). Величина зазначеного показника достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у здорових жінок ($26,08 \pm 5,94$ кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ($31,98 \pm 10,81$ кг) і тяжкого ступеня ($34,54 \pm 10,45$ кг) жінками (рис. 4.57, див. табл. Г.6).

Величина м'язового компоненту маси тіла за Американським інститутом харчування у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ($42,47 \pm 6,78$ кг) і тяжкого ($45,18 \pm 13,38$ кг) ступеня достовірно більша ($p < 0,01-0,001$) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння ($31,98 \pm 10,81$ кг і $34,54 \pm 10,45$ кг) (див. рис.

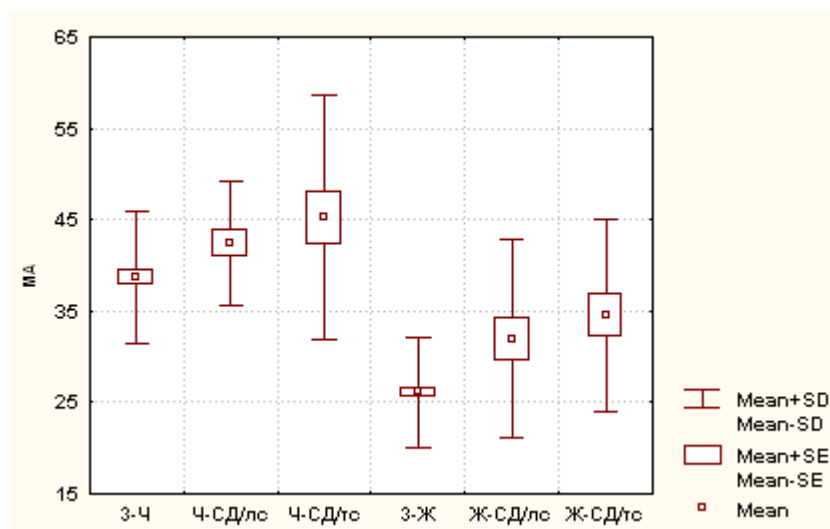


Рис. 4.57. Величина м'язового компоненту маси тіла за Американським інститутом харчування (МА) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (кг).

4.57, див. табл. Г.6).

Величина кісткового компоненту маси тіла за Matiegka достовірно ($p < 0,01$) менша у здорових жінок ($8,237 \pm 1,586$ кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня жінками ($8,887 \pm 1,091$ кг). Між здоровими та хворими на себорейний дерматит чоловіками достовірних або тенденцій відмінностей величини кісткового компоненту маси тіла за Matiegka не встановлено (рис. 4.58, див. табл. Г.6).

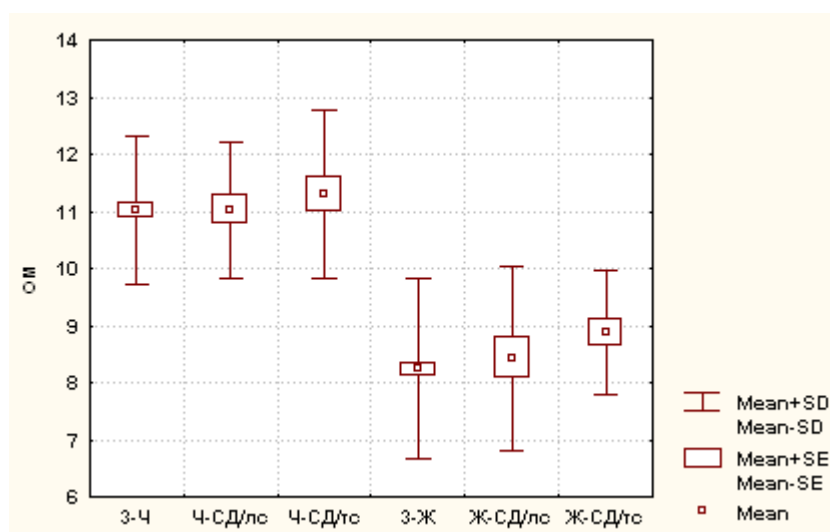


Рис. 4.58. Величина кісткового компоненту маси тіла за Matiegka (ОМ) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (кг).

Величина кісткового компоненту маси тіла за Matiegka у чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого (11,03±1,20 кг) і тяжкого (11,30±1,48 кг) ступеню достовірно більша ($p < 0,001$ в обох випадках) порівняно з жінками аналогічних груп порівняння (9,072±3,934 кг і 10,02±3,52 кг) (див. рис. 4.58, див. табл. Г.6).

Величина *жирового компоненту маси тіла за Matiegka* достовірно ($p < 0,05 - 0,01$) більша у здорових чоловіків (10,96±3,50 кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого (8,634±2,944 кг) і тяжкого ступеня (9,295±4,124 кг) чоловіками. Величина даного показника достовірно ($p < 0,05$) більша у здорових жінок (10,77±3,40 кг) порівняно із хворими на себорейний дерматит легкого ступеня жінками (9,072±3,934 кг) (рис. 4.59, див. табл. Г.6).

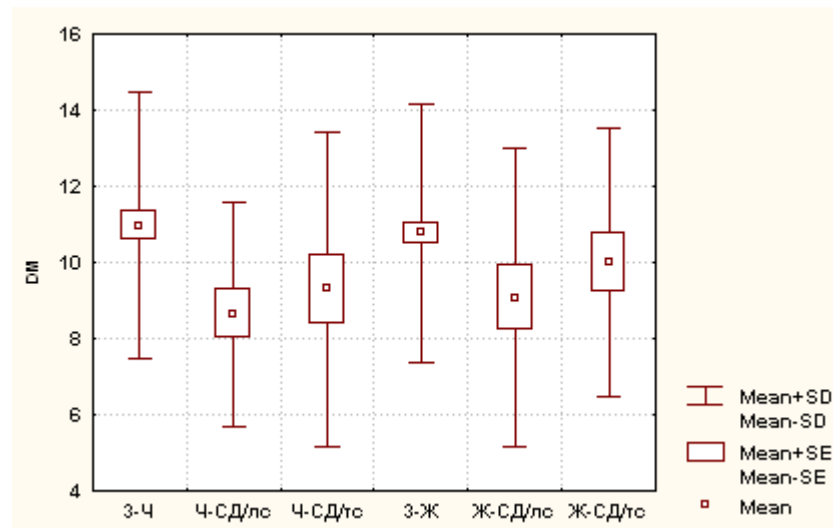


Рис. 4.59. Величина жирового компоненту маси тіла за Matiegka (DM) у здорових і хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (кг).

Між здоровими та хворими з різним ступенем тяжкості дерматозу чоловіками і жінками не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей величини жирового компоненту маси тіла за Matiegka (див. рис. 4.59, табл. Г.6).

Таким чином, у здорових чоловіків порівняно з хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості встановлено більші значення обхвату голови і сагітальної дуги, висоти лобкової і вертлюгової точок, ширини плечей, об-

хвату плеча в напруженому стані, товщини шкірно-жирових складок на верхніх і нижніх кінцівках, жирового компоненту маси тіла за Matiegka і менші значення найбільшої довжини голови, найбільшої і найменшої ширини голови, ширини обличчя і нижньої щелепи, ширини дистального епіфіза плеча, поперечного середньогрудного і передньо-заднього середньогруднинного діаметрів, міжвертлюгової відстані тазу, обхвату плеча у напруженому стані, обхватів плеча у ненапруженому стані та стегна (більш виражено у представників із тяжким ступенем тяжкості), шиї (лише з легким ступенем), гомілки у верхній частині та талії (в обох випадках лише з тяжким ступенем), товщини шкірно-жирової складки на боці, м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування, відсоткову частку осіб із середнім проміжним соматотипом у хворих чоловіків (легкий перебіг).

У здорових жінок порівняно з хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості встановлено більші значення сагітальної дуги, вертлюгової точки і лобкової точки (лише з легким ступенем), ширини плечей, обхвату кисті (лише з легким ступенем), товщини шкірно-жирових складок на плечі, груді, стегні та на гомілці (лише порівняно із жінками з легким ступенем тяжкості), ектоморфного компоненту соматотипу і відсоткової частки осіб із ектоморфним соматотипом (лише з тяжким ступенем), жирового компоненту маси тіла за Matiegka (лише з легким ступенем) і менші значення найбільшої довжини голови, найменшої ширини голови, ширини обличчя і нижньої щелепи, маси тіла, площі поверхні тіла і висоти пальцевої точки (лише з тяжким ступенем); ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток плеча і передпліччя, розмірів тазу (лише з тяжким ступенем), стегна, поперечних діаметрів тіла, міжребеневої відстані і поверхневої кон'югати, обхватів плеча у ненапруженому стані, стегна, гомілки у нижній частині, шиї, талії і усіх обхватів грудної клітки та обох стегон (лише з тяжким ступенем), товщини шкірно-жирової складки на боці, мезоморфного компоненту соматотипу, м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування, кісткового компоненту маси тіла за Matiegka (лише з тяжким ступенем), відсот-

кової частки осіб із мезоморфним соматотипом (лише порівняно із жінками з легким ступенем тяжкості).

У чоловіків з *тяжким ступенем* дерматозу порівняно з чоловіками з *легким ступенем* захворювання більші значення величини сагітальної дуги, ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток передпліччя, товщини шкірно-жирової складки на стегні. У досліджуваних жінок з *тяжким ступенем* дерматозу порівняно з чоловіками з *легким ступенем* захворювання більші значення величини обхвату голови, ширини обличчя, поперечного нижньогрудного діаметра, товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча.

Встановлено прояви *статевого диморфізму* (більші значення у чоловіків) для практично всіх досліджуваних показників у здорових і хворих досліджуваних з різним ступенем тяжкості дерматозу, окрім товщини шкірно-жирової складки на боці (більші у здорових жінок) і товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча і на передпліччі (більші у жінок хворих на дерматит тяжкого ступеня). Встановлено виражені прояви статевого диморфізму по розподілу соматотипів у здорових осіб: у чоловіків більше мезоморфів і екто-мезоморфів, а у жінок – ендоморфів і ектоморфів порівняно з досліджуваними протилежної статі.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в трьох статтях у фахових наукових виданнях України [108, 109, 111], одна стаття у закордонному фаховому виданні (Польща) [105] та трьох тезах міжнародних науково-практичних конференцій [31-33].

РОЗДІЛ 5

КОРЕЛЯЦІЇ ПОКАЗНИКІВ СТУПЕНІВ ВИРАЖЕНОСТІ ЖИРНОЇ ШКІРИ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВПЛИВУ ЖИРНОЇ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ З АНТРОСОМАТОТИПОЛОГІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ХВОРИХ НА СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ

При аналізі кореляцій *показника ступеня вираженості жирної шкіри* із *антропо-соматотипологічними* показниками чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу встановлені наступні *множинні* достовірні та середньої сили недостовірні зв'язки (табл. Д.1):

у чоловіків із легким перебігом захворювання – достовірний сильний прямий ($r = 0,64$) зв'язок з товщиною шкірно-жирової складки на грудях; середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,46$ до $-0,55$) зв'язки з обхватом плеча у напруженому і ненапруженому стані, передньо-заднім середньогруднинним діаметром, м'язовим компонентом маси тіла за Американським інститутом харчування; середньої сили прямий недостовірний ($r = 0,38$) зв'язок із соматотипом; середньої сили зворотні недостовірні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,40$) зв'язки із сагітальною дугою черепа, найбільшою шириною голови, шириною дистального епіфіза плеча, обхватом плеча у напруженому стані, обхватом гомілки у верхній частині, обхватом талії, стопи, всіма обхватами грудної клітини, поперечним нижньогрудним діаметром, товщиною шкірно-жирової складки на боці, ендоморфним і мезоморфним компонентом соматотипу, м'язовим компонентом маси тіла за Matiegka;

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – достовірний сильний зворотній ($r = -0,60$) зв'язок з шириною дистального епіфіза гомілки; достовірний середньої сили зворотній ($r =$ від $-0,45$ до $-0,50$) зв'язки з обхватом голови, шириною дистального епіфіза стегна, міжвертлюговою відстанню тазу, кістковим компонентом маси тіла за Matiegka; середньої сили прямі недостовірні ($r = 0,30$ і $r = 0,38$) зв'язки із екоморфним компонентом соматотипу і типом соматотипу; середньої сили зворотні недостовірні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,44$) зв'язки із най-

більшою і найменшою шириною голови, масою тіла, обхватом плеча у напруженому стані, обхватом стегон, обхватом грудної клітки на видиху, поперечним середньогрудним діаметром, мезоморфним компонентом соматотипу;

у жінок із легким перебігом захворювання – достовірні сильні зворотні ($r = -0,60$ і $r = -0,61$) зв'язки з обхватом гомілки в нижній третині і зовнішньою кон'югатою; достовірний середньої сили прямий ($r = 0,51$) зв'язок з ектоморфним компонентом соматотипу; достовірні середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,45$ до $-0,58$) зв'язки з масою тіла, шириною дистальних епіфізів передпліччя, стегна та гомілки, обхватом плеча у напруженому стані, обхватом передпліччя у нижній третині і обхватом стегна, обхватом шиї, стегон, стопи, передньо-заднім середньогрудним діаметром, шириною плечей, міжребеневою і міжвертлюговою відстанню тазу, товщиною шкірно-жирових складок на передпліччі і під нижнім кутом лопатки, на боці, стегні, ендоморфним і мезоморфним компонентами соматотипу, кістковим компонентом маси тіла за Matiegka; середньої сили зворотні недостовірні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,44$) зв'язки із обхватом голови, довжиною і площею поверхні тіла, висотою надгруднинної, лобкової і акроміальної антропометричної точок, шириною дистального епіфіза плеча, обхватом плеча у ненапруженому стані, обхватом талії і кисті, обхватом грудної клітки на видиху, поперечним середньогрудним діаметром, міжостьовою відстанню, товщиною шкірно-жирових складок на задній і передній поверхнях плеча, на грудях, животі, м'язовим компонентом маси тіла за Matiegka, жировим компонентом маси тіла за Matiegka, м'язовим компонентом маси тіла за Американським інститутом харчування;

у жінок із тяжким перебігом захворювання – достовірні середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,44$ до $-0,46$) зв'язки з висотою акроміальної антропометричної точки, шириною дистальних епіфізів передпліччя та гомілки і передньо-заднім середньогрудним діаметром; середньої сили прямий недостовірний ($r = 0,40$) зв'язок із шириною нижньої щелепи; середньої сили зворотні недостовірні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,44$) зв'язки із масою, довжиною і площею поверхні тіла, висотою надгруднинної, лобкової антропометричної точок, шириною дисталь-

них епіфізів плеча і передпліччя, обхватом плеча у напруженому стані, обхватом талії, стегон і кисті, обхватом грудної клітки на видиху і у спокійному стані, товщиною шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча, під нижнім кутом лопатки і на боці, з ендоморфним компонентом соматотипу, кістковим, жировим і м'язовим компонентами маси тіла за Matiegka.

При аналізі кореляцій *емоційного впливу жирної шкіри обличчя із антропо-соматотипологічними* показниками чоловіків і жінок хворих на себореїний дерматит легкого та важкого перебігу встановлені наступні *множинні* достовірні та середньої сили недостовірні зв'язки (табл. Д.2):

у чоловіків із легким перебігом захворювання – середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,45$ до $-0,56$) зв'язки з обхватом і найменшою шириною голови, обхватом талії, грудної клітини на вдиху і у спокійному стані, шириною плечей і мезоморфним компонентом соматотипу; середньої сили прямий недостовірний ($r = 0,37$) зв'язок із екторморфним компонентом соматотипу; середньої сили зворотні недостовірні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,43$) зв'язки із найбільшою шириною голови, шириною нижньої щелепи, висотою пальцевої антропометричної точки, шириною дистального епіфіза плеча і стегна, обхватом передпліччя у верхній частині, обхватом стегна, шиї, грудної клітини на видиху, поперечним середньо- і нижньогрудним діаметрами, товщиною шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча, під нижнім кутом лопатки, животі, боці, ендоморфним компонентом соматотипу, м'язовим і жировим компонентами маси тіла за Matiegka;

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – середньої сили прямі недостовірні ($r =$ від $0,30$ до $0,33$) зв'язки із обхватом кисті, міжостьовою і міжребеневою відстанню; середньої сили зворотній недостовірний ($r = -0,36$) зв'язки із висотою пальцевої антропометричної точки;

у жінок із легким перебігом захворювання – достовірний сильний прямий ($r = 0,77$) зв'язок з найбільшою довжиною голови; достовірний сильний зворотній ($r = -0,62$) зв'язок з обхватом шиї; достовірний середньої сили прямий ($r = 0,46$) зв'язок із сагітальною дугою; достовірні середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,49$ до $-0,56$) зв'язки з обхватом талії, грудної клітини на вдиху і в спокійному

стані, шириною плечей, товщиною шкірно-жирової складки на грудях; середньої сили прями недостовірні ($r=$ від 0,32 до 0,39) зв'язки із обхватом голови, шириною обличчя і нижньої щелепи, висотою пальцевої антропометричної точки, екоморфним компонентом соматотипу і типом соматотипу; середньої сили зворотні недостовірні ($r=$ від -0,30 до -0,40) зв'язки із обхватом плеча у ненапруженому стані, обхватом стегон, обхватом грудної клітки на видиху, поперечним середньо- нижньогрудним діаметрами, товщиною шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, на животі, мезоморфним компонентом соматотипу, м'язовим компонентом маси тіла за Американським інститутом харчування;

у жінок із тяжким перебігом захворювання – середньої сили прями недостовірні ($r = 0,34$ і $r = 0,39$) зв'язки з товщиною шкірно-жирових складок на грудях і стегні; середньої сили зворотні недостовірні ($r=$ від -0,33 до -0,36) зв'язки із обхватом голови, висотою лобкової і вертлюгової антропометричних точок.

Таким чином, в ході аналізу кореляцій ступеня вираженості жирної шкіри або ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя із антропосоматотипологічними показниками у чоловіків і жінок хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та тяжкого перебігу встановлено, що лівова частка достовірних або середньої сили недостовірних (спостерігаються найчастіше, за винятком кореляцій ступеня вираженості жирної шкіри із антропо-соматотипологічними показниками у жінок із легким перебігом захворювання) зв'язків мають зворотній характер. При аналізі кореляцій ступеня вираженості жирної шкіри або ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя із антропо-соматотипологічними показниками чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу встановлено, що незалежно до статевої приналежності більшість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків встановлені при легкому перебігу захворювання.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в статті у закордонному фаховому виданні (Польща) [107].

РОЗДІЛ 6

ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

При урахуванні антропо-соматотипологічних показників у практично здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та важкого ступеня тяжкості чоловіків дискримінантна функція охоплює 100 % практично здорових українських чоловіків, 50,0 % українських чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості та 75,0 % українських чоловіків хворих на себорейний дерматит важкого перебігу. Взагалі модель, що враховує антропо-соматотипологічні показники у здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту чоловіків коректна в 87,7 % випадків.

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками дискримінантними змінними є ширина плечей (ACR), найменша ширина голови (N_SH_GL), обхват плеча у ненапруженому стані (OBPL2), обхват плеча у напруженому стані (OBPL1), товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD), на боку (GB) та обхват гомілки у верхній частині (OBG1) (табл. 6.1). Серед вище наведених показників найбільш вагомий внесок у дискримінацію між групами мають обхвати плеча в напруженому та ненапруженому стані. Сукупність усіх антропо-соматотипологічних змінних має виражену (Wilks' Lambda=0,063; $p < 0,001$) дискримінацію між групами здорових та хворих на себорейний дерматит легкого та важкого перебігу чоловіків (див. табл. 6.1).

Для практично здорових і хворих на себорейний дерматит легкого та важкого ступеня тяжкості чоловіків визначений показник класифікації (Df), за допомогою якого дані групи чоловіків можливо віднести до «типових» для здоров-

Таблиця 6.1

Звіт покрокового дискримінантного аналізу здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та тяжкого перебігу чоловіків у залежності від особливостей розмірів тіла.

Discriminant Function Analysis Summary (khasawneh-gr.sta)						
Step 7, N of vars in model: 7; Grouping: DZ_1 (3 grps)						
Wilks' Lambda: 0,063 approx. F (14,23)=48,21 p<0,0000						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove -2,113	p-level	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
ACR	0,080	0,782	15,76	0,0000	0,775	0,225
N_SH_GL	0,076	0,824	12,05	0,0000	0,814	0,186
OBPL2	0,189	0,333	113,2	0,0000	0,092	0,908
OBPL1	0,146	0,430	75,01	0,0000	0,094	0,906
GBD	0,077	0,820	12,41	0,0000	0,703	0,297
GB	0,080	0,784	15,53	0,0000	0,508	0,492
OBG1	0,069	0,911	5,521	0,0052	0,488	0,512

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях, Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда; Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями; F-remove – стандартний F-критерій пов'язаний з відповідною Partial Lambda; p-level – p-рівень пов'язаний з відповідним F-remove; Toler. – показник толерантності, якій є мірою надмірності перемінної в моделі та визначається як 1-R-Sqr.; R-Sqr. – коефіцієнт множинної кореляції.

их або хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості. У вигляді рівнянь наведено визначення показника класифікації, де віднесення до практично здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 248,8; до чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості – при значенні Df, близькому до 227,6; до чоловіків хворих на себорейний дерматит тяжкого перебігу – при значенні Df, близькому до 225,6:

Df (для здорових чоловіків) = $ACR \times 4,875 + N_SH_GL \times 12,94 - OBPL2 \times 6,789 + OBPL1 \times 6,354 + GBD \times 0,936 - GB \times 2,303 + OBG1 \times 3,564 - 248,8$;

Df (для чоловіків хворих на себорейний дерматит легкого перебігу) = $ACR \times 3,432 + N_SH_GL \times 17,34 + OBPL2 \times 0,197 - OBPL1 \times 0,280 - GBD \times 0,343 - GB \times 1,356 + OBG1 \times 2,587 - 227,6$;

Df (для чоловіків хворих на себорейний дерматит тяжкого перебігу) = $ACR \times 3,275 + N_SH_GL \times 17,36 - OBPL2 \times 0,040 + OBPL1 \times 0,134 - GBD \times 0,227 - GB \times 1,361 + OBG1 \times 2,516 - 225,6$;

де (тут і в подальшому), діаметри тулуба – в см; розміри голови – в см; обхватні розміри тіла – в см; розміри товщина шкірно-жирових складок – в мм.

Визначена за допомогою критерію χ^2 статистична значимість усіх дискримінантних функцій (табл. 6.2) вказує на те, що при урахуванні наведених вище антропометричних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого або тяжкого перебігу чоловіками.

Таблиця 6.2

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та тяжкого перебігу чоловіків у залежності від особливостей розмірів тіла.

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed						
	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	14,29	0,967	0,063	320,8	14	0,0000
1	0,039	0,194	0,962	4,459	6	0,6149

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях Eigenvalue – значення коренів для кожної дискримінантної функції; Canonical R – канонічне значення R для різних ко-

ренів; Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда; Chi-Sqr. – стандартний критерій χ^2 послідовних коренів; Df – кількість ступенів свободи; p-level – p-рівень.

При урахуванні антропо-соматотипологічних показників у практично здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та важкого ступеня тяжкості жінок дискримінантна функція охоплює 99,4 % практично здорових українських жінок, 60,0 % українських жінок хворих на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості та 65,0 % українських жінок хворих на себорейний дерматит важкого перебігу. Взагалі модель, що враховує антропо-соматотипологічні показники у здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту жінок коректна в 91,8 % випадків.

Між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості жінками дискримінантними змінними є ширина плечей (ACR), передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK), товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD), обхват грудної клітки на вдиху (OBGK1), товщина шкірно-жирової складки на гомілці (GGL), ширина обличчя (SH_LICA) та товщина шкірно-жирової складки на боці (GB) (табл. 6.3). Серед вище наведених показників найбільш вагомий внесок у дискримінацію між групами мають товщина шкірно-жирової складки на стегні та ширина плечей. Сукупність усіх антропо-соматотипологічних змінних має виражену (Wilks' Lambda=0,174; p<0,001) дискримінацію між групами здорових та хворих на себорейний дерматит легкого та важкого перебігу жінок (див. табл. 6.3).

У вигляді рівнянь наведено визначення показника класифікації, де віднесення до здорових жінок можливе при значенні Df, близькому до 209,2; до жінок хворих на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості – при значенні Df, близькому до 244,2; до жінок хворих на себорейний дерматит важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 259,3:

$$Df \text{ (для здорових жінок)} = ACR \times 3,036 + SGK \times 4,415 - GBD \times 2,340 + OBGK1 \times 1,201 + GGL \times 2,375 + SH_LICA \times 11,50 - GB \times 0,645 - 209,2;$$

Таблиця 6.3

Звіт покрокового дискримінантного аналізу здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та важкого перебігу жінок у залежності від особливостей розмірів тіла.

Discriminant Function Analysis Summary (khasawneh-gr.sta)						
Step 7, N of vars in model: 7; Grouping: DZ_1 (3 grps)						
Wilks' Lambda: 0,174 approx. F (14,37)=36,77 p<0,0000						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove -2,113	p-level	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
ACR	0,233	0,745	31,48	0,0000	0,727	0,273
SGK	0,204	0,853	15,84	0,0000	0,721	0,279
GBD	0,280	0,620	56,37	0,0000	0,226	0,774
OBGK1	0,190	0,913	8,733	0,0002	0,514	0,486
GGL	0,189	0,921	7,937	0,0005	0,257	0,743
SH_LICA	0,200	0,867	14,07	0,0000	0,899	0,101
GB	0,193	0,900	10,26	0,0001	0,500	0,500

Df (для жінок хворих на себорейний дерматит легкого перебігу) = ACR×1,705 + SGK×5,925 - GBD×4,173 + OBGK1×1,544 + GGL×3,460 + SH_LICA×13,28 - GB×0,159 - 244,2;

Df (для жінок хворих на себорейний дерматит важкого перебігу) = ACR×1,710 + SGK×6,136 - GBD×4,114 + OBGK1×1,539 + GGL×3,408 + SH_LICA×14,12 - GB×0,141 - 259,3.

Результати оцінки критерію χ^2 , як і у чоловіків, вказують на те, що при урахуванні наведених вище антропометричних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого або важкого ступеня тяжкості жінками (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Звіт покрокового аналізу з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та важкого перебігу жінок у залежності від особливостей розмірів тіла.

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed						
	Eigen-value	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	4,539	0,905	0,174	327,3	14	0,0000
1	0,039	0,194	0,963	7,146	6	0,3076

Таким чином, в українських чоловіків і жінок на основі особливостей розмірів тіла побудовані достовірні дискримінантні моделі, які дозволяють з високою ймовірністю віднести досліджуваних до «типових» для здорових або хворих на себорейний дерматит. За допомогою даного аналізу розділити хворих чоловіків або жінок на ступені тяжкості себорейного дерматиту неможливо.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в статті у фаховому науковому журналі України, що відноситься до міжнародної наукометричної бази Web of Science [106].

АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертації були встановлені клініко-анамнестичні та антропо-соматотипологічні особливості українських чоловіків і жінок молодого віку хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту різного ступеня тяжкості, визначені кореляції показників ступенів вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропоморфологічними параметрами хворих на себорейний дерматит та розроблені прогностичні дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

Проблема генералізованої жирної форми себорейного дерматиту – одна із актуальних тем в сучасній дерматології. Незважаючи на прогрес в наданні медичної допомоги, частота цього захворювання за останні роки не знижується, а в деяких країнах навіть зростає [28]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність себорейного дерматиту серед дорослого населення коливається від 1 до 5 відсотків, дерматоз розвивається незалежно від етнічної приналежності і, схоже, вражає чоловіків частіше, ніж жінок. Після 50 років частота захворюваності обох статей практично однакова [73, 150].

Виразність шкірних проявів при себорейному дерматиті індивідуальна і варіабельна, проте доведено, що вона залежить від тривалості і тяжкості перебігу захворювання [26]. Тривалість захворювання у наших досліджуваних коливалась в межах від декількох місяців до 21 років. Найчисельнішу групу серед досліджуваних із легким перебігом себорейного дерматиту склали чоловіки з тривалістю захворювання на момент дослідження від 1 до 3 років (18 – 90 %) і жінки з тривалістю захворювання на момент дослідження від 2 до 4 років (14 – 70 %). Пацієнти з тяжким перебігом дерматозу і тривалістю захворювання від 2 до 5 років склали достатньо велику відсоткову частку (14 чоловіків – 70 % і 13 жінок – 65 %). Вік всіх хворих становив 25-44 роки, тобто це була соціально-активна, працездатна група населення.

При важкій фізичній і розумовій роботі, хвилюванні виділення себіуму посилюється ще більше, що може стати тригерним фактором при формуванні себорейних висипань [79]. Серед можливих причин дебюту захворювання проведено оцінку характеру праці у досліджуваних із різною тяжкістю перебігу себорейного дерматиту. Серед чоловіків із легким перебігом дерматозу переважали досліджувані з фізичним характером праці (13 чоловіків – 65 %), а з тяжким перебігом – з фізичним та змішаним характером праці (відповідно 16 чоловіків – 75 %). У жінок незалежно від тяжкості захворювання переважали особи, професійна діяльність яких має розумовий і змішаний характер (відповідно по 19 жінок із легким і тяжким перебігом, що склало 95 %).

Процеси алергії і себорейний дерматит між собою пов'язані. Це пояснюється тим, що гормональний дисбаланс, який лежить в основі себорейного дерматиту, провокує порушення в роботі імунітету, наприклад, підвищену чутливість організму до харчових білків. При всмоктуванні алергену в слизовій кишківника відбувається запалення, в результаті чого в кров потрапляють токсини (продукти розпаду). З током крові ці речовини спрямовуються в підшкірну жирову клітковину, де також викликають запалення. Підсумком цього стає atopічний дерматит (свербіж і висипання без прямого контакту шкіра / алерген). В свою чергу, місцеве запалення, свербіж провокують себорейний дерматит: продовжується період загострення, збільшується виділення шкірного сала, росте ризик інфікування шкіри [76, 79].

У пацієнтів із себорейним дерматитом ми визначали наявність алергічних реакцій, причому, лише незначний відсоток (5 %) досліджуваних чоловіків і жінок незалежно від тяжкості себорейного дерматиту мали алергічні реакції.

Конкретна причина себорейного дерматиту невідома. Передбачається, що існує генетична схильність до цього захворювання. Розвиток себореї можуть спровокувати емоційні переживання, стрес, вегетативна дистонія. Крім того, важливу роль відіграють ендокринні порушення, пов'язані з порушеним балансом жіночих і чоловічих статевих гормонів. Симптоми себореї можуть посилюватися при вживанні гострої, солоної і солодкої їжі, а також при певних погод-

них умовах (низька вологість, інсоляція). Певну роль відіграє контакт із хімічними речовинами, дефіцит вітамінів групи В, харчова алергія, шкідливі звички [45, 90].

У переважної більшості пацієнтів із легким і тяжким перебігом дерматозу встановлено наявність факторів впливу на його прояв або загострення (по 19 чоловіків із кожної групи – 95 %; 17 і 20 жінок із кожної групи – 95 % і 100 % відповідно).

Серед причин загострення дерматозу відзначали:

стрес – у 8 чоловіків із легким (40 %) і 10 з тяжким перебігом (50 %), у 6 жінок із легким перебігом (30 %) і 8 з тяжким перебігом (40 %);

температурний чинник – у 12 чоловіків із легким (60 %) і 10 з тяжким перебігом (50 %), у 10 жінок із легким (50 %) і 18 з тяжким перебігом (90 %);

сезонність – у 3 чоловіків із легким (15 %) і 7 з тяжким перебігом (35 %), у 4 жінок із легким (20 %) і 4 із тяжким перебігом (20 %);

вологість повітря – у 12 чоловіків із легким (60 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %), у 8 жінок із легким (40 %) і 9 з тяжким перебігом (45 %);

хімічна речовина – у чоловіків із легким і тяжким перебігом не відмічалось взагалі, у 1 жінки з легким перебігом (5 %) і у 6 жінок із тяжким перебігом (30 %);

інсоляція – у 3 чоловіків із легким (15 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %), у 3 із 20 жінок із легким (15 %) і 7 з тяжким перебігом (35 %).

Зверталася увага на наявність шкідливих звичок, спадковий фактор і супутню патологію. Звичку *паління* відмічало 18 чоловіків із легким перебігом (90 %), 11 із тяжким перебігом (55 %), 6 жінок із легким перебігом (30 %), 1 жінка з тяжким перебігом (40 %).

Спадковий характер себорейного дерматиту був відмічений лише у 3 чоловіків із тяжким перебігом (15 %), у 5 жінок із легким (25 %) і 6 з тяжким перебігом (30 %).

В групі чоловіків із легким перебігом себорейного дерматиту акне виявлено лише у одного досліджуваного, у жінок аналогічної групи порівняння су-

путньої патології взагалі не виявлено. При тяжкому перебігу себорейного дерматиту виявлена наступна відсоткова частка супутньої патології: у чоловіків акне – у 13 осіб (65 %); розацеа – у 5 осіб (25 %); себорейна кератома – у 1 особи (5 %); у жінок акне – у 15 осіб (75 %); розацеа – у 5 осіб (25 %).

Характерними клінічними симптомами себорейного дерматиту є запалення шкіри, лущення, які можуть супроводжуватися свербіжем, відчуттям жирності і бруду на шкірі. Клінічна картина варіює залежно від локалізації та тяжкості захворювання [55, 122].

Свербіж відчували 14 чоловіків (70 %) і 10 жінок (50 %) із легким перебігом себорейного дерматиту; 11 чоловіків (55 %) і 10 жінок (50 %) із тяжким перебігом дерматозу. Жирність шкіри відмічали 18 чоловіків (90 %) і 17 жінок (85 %) із легким перебігом захворювання; 19 чоловіків (95 %) і всі жінки (100 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту. Відчуття бруду було присутнє у 3 чоловіків (15 %) і 3 жінок (15 %) із легким перебігом себорейного дерматиту; 12 чоловіків (60 %) і 17 жінок (85 %) із тяжким перебігом хвороби.

При себорейному дерматиті на шкірі обличчя, голови і тулуба патологічний процес найчастіше представлений у вигляді обмежених еритематозних вогнищ різного розміру і контурів. Можуть відмічатися дрібновузлові елементи, лущення і інфільтрація. В складках на тлі набряку і еритеми спостерігається мокнуття з утворенням болючих тріщин [76, 181].

Себорейний дерматит розвивається в ділянці обличчя та тіла з розвинутою секрецією шкірного сала [167]. Патологічний процес на голові проявляється підвищеною жирністю шкіри голови, лупою, постійним відчуттям свербіжу та дискомфорту. Себорейний дерматит волосистої частини голови супроводжується появою бляшок та товстих лусочок, які можуть поширюватися за межі росту волосся та нагадувати псоріаз. На обличчі патологічний процес локалізується в зоні брів, центральної частини обличчя, носогубних складках та підборідді. При ураженні шкіри волосистої частини голови спостерігається порідіння і витончення волосся, що часто супроводжуються утворенням дрібних великопластинчастих і борошноподібних білими лусочок. На гладкій шкірі спини, об-

личчя, грудях з'являються макульозно-еритематозні елементи, папули, бляшки [154, 156].

За локалізацією патологічного процесу досліджувані нами чоловіки та жінки розподілились наступним чином:

на голові відмічались у 9 чоловіків (45 %) і 2 жінок (10 %) із легким перебігом захворювання; у 7 чоловіків (35 %) і 5 жінок (25 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

на обличчі відмічались у 19 чоловіків (95 %) і 16 жінок (80 %) із легким перебігом захворювання; у всіх чоловіків і жінок із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

на тулубі відмічались у 1 чоловіка (5 %) і 1 жінки (10 %) з легким перебігом захворювання; у 13 чоловіків (65 %) і 8 жінок (40 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту.

За наявністю певних патологічних елементів розподіл пацієнтів мав наступний вигляд:

еритематозні плями були присутні у 9 чоловіків (45 %) і 2 жінок (10 %) із легким перебігом захворювання; у 7 чоловіків (35 %) і 5 жінок (25 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

еритематозні бляшки були присутні у 17 чоловіків (85 %) і 19 жінок (95 %) із легким перебігом захворювання; у 14 чоловіків (70 %) і 15 жінок (75 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

сальні лусочки були присутні у 2 чоловіків (10 %) і відсутні у жінок із легким перебігом захворювання; у 10 чоловіків (50 %) і 12 жінок (60 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

сальні лусочки-кірки були присутні у 16 чоловіків (80 %) і у всіх жінок із легким перебігом захворювання; у 6 чоловіків (30 %) і 6 жінок (30 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту.

Порушення функцій вегетативної нервової системи здійснює вагомий вплив на перебіг себорейного дерматиту. При ваготонії спостерігається поси-

лення виділення шкірного сала, різко підвищується пітливість і спостерігається стійкий червоний дермографізм [136, 172].

За типом дермографізму досліджувані розподілились наступним чином:

дермографізм червоний був наявний у 10 чоловіків (50 %) і 12 жінок (60 %) із легким перебігом захворювання; у 10 чоловіків (50 %) і 11 жінок (55 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту;

дермографізм білий був наявний у 5 чоловіків (25 %) і 2 жінок (10 %) із легким перебігом захворювання; у 1 чоловіків (5 %) і 1 жінки (5 %) з тяжким перебігом себорейного дерматиту;

дермографізм змішаний був наявний у 5 чоловіків (25 %) і 6 жінок (30 %) із легким перебігом захворювання; у 9 чоловіків (45 %) і 8 жінок (40 %) із тяжким перебігом себорейного дерматиту.

Синдром Картамишева, патогномонічний для себорейного дерматиту, відмічався у 2 чоловіків (10 %) і не виявлявся у жінок із легким перебігом захворювання; у 1 чоловіка (5 %) і не виявлявся у жінок із тяжким перебігом себорейного дерматиту.

Таким чином, в ході аналізу клінічних і анамнестичних даних, доведено, що тяжкість захворювання на себорейний дерматит збільшувалась при збільшенні стажу захворювання та залежала від роду професійної діяльності (важчий перебіг був у чоловіків, робота яких мала фізичний і змішаний характер, а у жінок – розумовий і змішаний). Загалом, зовнішні фактори здійснювали суттєвий вплив на прояв або загострення дерматозу, особливо це стосувалось стресу, температури і вологості зовнішнього середовища. Суттєвим виявився вплив такого модифікованого чинника, як паління і немодифікованого – як спадковість (стосовно тяжкого перебігу). Поруч із себорейним дерматитом, як основним дерматологічним захворюванням, при тяжкому його перебігу у пацієнтів відмічались і інші дерматози (акне, розацеа), що говорить про спільні патогенетичні ланки цих нозологій і зниження місцевого імунітету. Основними скаргами у досліджуваних пацієнтів незалежно від тяжкості себорейного дерматиту виступали свербіж і жирність шкіри, відчуття ж бруду було більш притаманне хворим з

тяжким перебігом. Тяжкий перебіг себорейного дерматиту на відміну від легкого супроводжувався найчастіше локалізацією патологічного процесу на тулубі, а висипка на голові та обличчі була присутньою у обох груп пацієнтів (за винятком жінок із легким перебігом себорейного дерматиту, у яких висипка на голові зустрічалась відносно рідко). Кожному типу перебігу був властивий свій індивідуальний набір патологічних елементів. Так, при легкому перебігові у осіб обох статей переважали сальні лусочки-кірки, а при тяжкому – сальні лусочки. Спільними шкірними проявами дерматозу для обох типів перебігу були еритематозні плями і бляшки. Переважання червоного дермографізма було відмічено в усіх групах досліджуваних, рідше спостерігався змішаний тип вегетативної інервації і практично рідко – білий дермографізм.

Хоча себорейний дерматит є мультифакторіальним захворюванням, існують три основні фактори, які з більшою ймовірністю відіграють роль у його розвитку: секреція сальних залоз, зміна колонізації та метаболізму шкірної мікрофлори, індивідуальна сприйнятливість та відповідь пацієнта. Наразі усі відомі фактори (соціально-гігієнічні, клініко-анамнестичні) дозволяють виділяти групу високого ризику за себорейним дерматитом. Однак до цих пір мало вивчено, що саме слугує ініціатором захворювання, а також не ясно, як спрогнозувати рецидивування, генералізацію або торпідний перебіг шкірного процесу [26, 59, 116].

Припускають, що одним із головних чинників розвитку себорейного дерматиту є спадкова схильність. При цьому характерна так звана «себорейна конституція», яка відображає високу генетичну схильність до розвитку даного захворювання. Зазвичай у таких пацієнтів виявляється сімейний анамнез [62, 65].

Проведений Полєско І. В. [27] аналіз HLA-антигенів I класу і специфічності DRB1, DQA1, DQB1 II класу у пацієнтів з даним захворюванням шкіри обґрунтував існування генетичної детермінованості даного захворювання та відніс до числа ймовірних маркерів антигени I класу A10 і A23. При цьому змінюється мікробіота шкіри і знижуються її бактерицидні властивості, створюється сприятливе середовище для патогенної флори, що провокує запалення [171].

Повідомляється про клінічно значущі відмінності шкіри між етнічними групами, особливо це стосується не лише кольору шкіри (до захворювання схильні частіше люди з білою шкірою), а процесів утворення і виділення шкірного сала [182]. Генетична природа захворювання обґрунтовується можливістю нерегулярного домінування себорейного дерматиту і найчастіший прояв у пацієнтів з III (B) групою крові [157].

Відмінності у досліджуваних групах хворих виявляються при комплексній оцінці стану хворого та особливостей конституціональних параметрів тіла. Дійсно, роль тяжкості вихідного стану хворого залишається провідним відображенням морфології, площі, топографії патологічного процесу, реакції організму та стає головним чинником, що дозволяє прогнозувати несприятливий перебіг захворювання [58, 147].

Слід відзначити, що в попередні роки встановлення основних закономірностей групової та міжгрупової мінливості перебігу себорейного дерматиту на фенотипному рівні при зіставленні їх з генетичною мінливістю проводилося із групами крові або іншими серологічними ознаками. Проте, в руслі даної проблематики досі мало вивченим напрямком є конституціональний підхід. Головним завданням сучасної інтегративної антропології вже давно не є пошук горезвісних «механізмів успадкування типу тілобудови», хоча подібні заклики продовжують лунати. Один із найбільш перспективних напрямків її розвитку – це встановлення міжсистемних закономірностей морфологічної мінливості людини в руслі встановлення конституціональних маркерів певних захворювань. Пошук кількісних морфологічних закономірностей та їх розподіл за окремими розмірними (кількісними) закономірностями – це, перш за все, пошук закономірностей фенотипного прояву кластерних генів, що може дати не менше нової інформації, ніж безпосереднє виділення самих генів та вивчення молекулярних механізмів їхньої експресії [37].

При аналізі тотальних розмірів тіла *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками* встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (табл. 7.1):

Таблиця 7.1

Відмінності тотальних, поздовжніх розмірів тіла та кефалометричних показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками.

Показники	Чоловіки			Жінки		
	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС
W				∇	△	△
H						
S				∇		△
ATND						
ATL	△	∇	∇	△	∇	
ATPL						
ATP				↓		↑
ATV	△	∇	∇	△	∇	∇
OB_GL	△	∇		↑	∇	△
SAG_DUG	△	∇∇	△	△↑	∇	↓
B_DL_GL	∇	△	△	∇	△	△
B_SH_GL	∇	△	△			
N_SH_GL	∇	△	△	∇	△	△
SH_LICA	∇	△	△	∇	△∇	△△
SH_N_CH	∇	△	△	∇	△	△

Примітки: Зд – здорові; Хв/ЛС – себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості; Хв/ТС – себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; △ або ∇ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими чоловіками; △ або ∇ – тенденції відмінностей показників між хворими чоловіками; △ або ∇ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими жінками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників між здоровими та хворими жінками; △ або ∇ – тенденції відмінностей показників між хворими жінками; зеленим кольором виділені достовірно більші показники при порівнянні відповідних груп між чоловіками та

жінками; жовтим кольором виділені тенденції до більших значень показників при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; ATL – висота лобкової антропометричної точки (см); ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см); ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см); ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см); ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см); B_DL_GL – найбільша довжина голови (см); B_SH_GL – найбільша ширина голови (см); H – довжина тіла (см); N_SH_GL – найменша ширина голови (см); OB_GL – обхват голови (см); S – площа поверхні тіла (м²); SAG_DUG – сагітальна дуга черепа (см); SH_LICA – ширина обличчя (см); SH_N_CH – ширина нижньої щелепи (см); W – маса тіла (кг).

між здоровими та хворими чоловіками – не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей;

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок менші значення маси тіла (відповідно на 11,2 % і 17,5 %) та площі поверхні тіла (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,6 %).

При порівнянні тотальних розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками, нами не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей даних показників (див. табл. 7.1).

При аналізі *статевих розбіжностей* тотальних розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* в українських чоловіків встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень маси тіла (відповідно на 15,5 % і 16,5 %), довжини тіла (відповідно на 7,0 % і 6,8 %) та площі поверхні тіла (відповідно на 13,1 % і 11,7 %) (див. табл. 7.1).

При аналізі *поздовжніх* розмірів тіла *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1):

між здоровими та хворими чоловіками – у практично здорових чоловіків

більші значення висоти лобкової антропометричної точки (відповідно на 4,8 % і 4,8 %) та висоти вертлюгової антропометричної точки (відповідно на 6,6 % і 6,4 %);

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок більші значення висоти лобкової антропометричної точки (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,8 %) та висоти вертлюгової антропометричної точки (відповідно на 4,6 % і 2,9 %), а також менші значення висоти пальцевої антропометричної точки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,2 %).

При порівнянні поздовжніх розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками, нами не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей даних показників (див. табл. 7.1).

При аналізі *статевих розбіжностей* поздовжніх розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* в українських чоловіків встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень висоти надгруднинної антропометричної точки (відповідно на 7,7 % і 6,4 %), висоти лобкової антропометричної точки (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,8 %), висоти акроміальної антропометричної точки (відповідно на 7,8 % і 6,8 %), висоти пальцевої антропометричної точки (відповідно на 5,8 % і 3,2 %) та висоти вертлюгової антропометричної точки (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,6 %) (див. табл. 7.1).

В дослідженнях Dmytrenko S. V. і співавт. [83] встановлено, що у хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу українських чоловіків загальної групи всі тотальні та більшість поздовжніх розмірів тіла (окрім, висоти лобкової і вертлюгової антропометричних точок) достовірно більші, ніж у здорових осіб; а у хворих із легким перебігом псоріазу встановлені достовірно більші, або тенденція до більших значень довжини тіла, висоти надгруднинної, лобкової та пальцевої антропометричних точок.

У хворих на істинну та мікробну екзему легкого або важкого перебігу українських чоловіків порівняно із здоровими чоловіками встановлені достовірно

більші, або тенденція до більших значень маси та площі поверхні тіла [3], висоти надгруднинної, акроміальної та пальцевої антропометричних точок; та менші значення – висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок [81].

При аналізі кефалометричних показників *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1):

між здоровими та хворими чоловіками – у практично здорових чоловіків більші значення обхвату голови (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 1,4 %) та сагітальної дуги черепа (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,1 %), а також менші значення найбільшої довжини голови (відповідно на 8,8 % і 6,8 %), найбільшої ширини голови (відповідно на 4,9 % і 3,9 %), найменшої ширини голови (відповідно на 14,1 % і 15,0 %), ширини обличчя (відповідно на 11,6 % і 12,8 %) та ширини нижньої щелепи (відповідно на 23,2 % і 24,2 %);

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок більші значення обхвату голови (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 0,9 %) та сагітальної дуги черепа (відповідно на 2,9 % і 2,4 %), а також менші значення найбільшої довжини голови (відповідно на 0,8 % і 8,2 %), найменшої ширини голови (відповідно на 9,1 % і 14,3 %), ширини обличчя (відповідно на 4,9 % і 10,6 %) та ширини нижньої щелепи (відповідно на 16,6 % і 15,0 %).

При порівнянні кефалометричних показників *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками, нами встановлені лише тенденції до більших значень у хворих з тяжким ступенем тяжкості чоловіків величини сагітальної дуги черепа на 2,5 % порівняно з чоловіками з легким ступенем тяжкості захворювання, а також тенденції до більших значень у хворих з тяжким ступенем тяжкості жінок величини обхвату голови на 1,4 % та ширини обличчя на 5,2 % порівняно з жінками з легким ступенем тяжкості захворювання (див. табл. 7.1).

При аналізі *статевих розбіжностей* кефалометричних показників *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* в українських

чоловіків встановлені достовірно більші значення обхвату голови (відповідно на 3,2 % і 2,1 %), сагітальної дуги черепа (відповідно на 4,7 % і 6,6 %), найбільшої довжини голови (відповідно на 12,8 % і 4,6 %), найбільшої ширини голови (відповідно на 8,6 % і 5,6 %), найменшої ширини голови (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 7,4 %), ширини обличчя (відповідно на 8,9 % і 4,9 %) та ширини нижньої щелепи (відповідно на 6,7 % і 8,7 %) (див. табл. 7.1).

При аналізі діаметрів тіла та ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками* встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (табл. 7.2):

між здоровими та хворими чоловіками – у практично здорових чоловіків менші значення поперечного середньогрудного (відповідно на 6,1 % і 6,7 %), передньо-заднього середньогруднинного (відповідно на 11,8 % і 22,3 %) діаметрів і міжвертлюгової відстані тазу (відповідно на 2,6 % і 3,5 %), а також більші значення ширини плечей (відповідно на 13,6 % і 15,0 %) та ширини дистального епіфіза плеча (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,7 %);

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок менші значення ширини дистальних епіфізів передпліччя (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,1 %), стегна (відповідно на 5,9 % і 7,3 %) та гомілки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 4,0 %), поперечних середньогрудного (відповідно на 5,1 % і 9,3 %) та нижньогрудного (відповідно на 4,3 % і 9,5 %) діаметрів, передньо-заднього середньогруднинного діаметра (відповідно на 11,2 % і 14,1 %), міжостьової (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 5,5 %), міжребеневої (відповідно на 4,4 % і 6,4 %), міжвертлюгової (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 4,8 %) відстаней та поверхневої кон'югати (відповідно на 11,1 % і 12,4 %), а також більші значення ширини плечей (відповідно на 12,9 % і 10,6 %).

При порівнянні діаметрів тіла та ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня*

Таблиця 7.2

Відмінності поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками.

Показники	Чоловіки			Жінки		
	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС
EPPL	Δ	∇				
EPPR		∇	Δ	↓		↑
EPB				∇↓	↑	Δ
EPG				∇		Δ
PSG	∇	Δ	Δ	∇	Δ	Δ
PNG				∇	Δ∇	ΔΔ
SGK	∇	Δ	Δ	∇	Δ	Δ
ACR	Δ	∇	∇	Δ	∇	∇
SPIN				∇		Δ
CRIS				∇↓	↑	Δ
TROCH	∇↓	↑	Δ	∇	∇	ΔΔ
CONJ				∇	Δ	Δ

Примітки: Зд – здорові; Хв/ЛС – себореїний дерматит легкого ступеня тяжкості; Хв/ТС – себореїний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; Δ або ∇ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими чоловіками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників між здоровими та хворими чоловіками; Δ або ∇ – тенденції відмінностей показників між хворими чоловіками; Δ або ∇ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими жінками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників між здоровими та хворими жінками; Δ або ∇ – тенденції відмінностей показників між хворими жінками; зеленим кольором виділені достовірно більші показники при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; жовтим кольором виділені тенденції до більших значень показників при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; ACR – ширина плечей (см); CONJ – поверхнева кон'югата (см); CRIS – міжребенева

відстань (см); EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см); EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см); EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см); EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см); PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см); PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см); SGK – передньо-задній середньогрудний діаметр (см); SPIN – міжкостьова відстань (см); TROCH – міжвертлюгова відстань (см).

тяжкості українськими чоловіками або жінками, нами встановлені лише тенденції до більших значень у хворих з тяжким ступенем тяжкості жінок величини поперечного нижньогрудного діаметру на 5,4 % і міжвертлюгової відстані тазу на 4,0 % порівняно з жінками з легким ступенем тяжкості захворювання, а також тенденція до більших значень у хворих з тяжким ступенем тяжкості чоловіків величини ширини дистального епіфіза передпліччя на 2,7 % порівняно з чоловіками з легким ступенем тяжкості захворювання (див. табл. 7.2).

При аналізі *статевих розбіжностей* діаметрів тіла та ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* в українських чоловіків встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень ширини дистальних епіфізів плеча (відповідно на 10,7 % і 10,9 %), передпліччя (відповідно на 11,9 % і 13,1 %), стегна (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,8 %) та гомілки (відповідно на 11,6 % і 8,0 %), поперечних середньогрудного (відповідно на 12,4 % і 9,0 %) та нижньогрудного (відповідно на 12,4 % і 8,3 %) діаметрів, передньо-заднього середньогрудного діаметра (відповідно на 14,4 % і 22,0 %), ширини плечей (відповідно на 11,7 % і 7,8 %) та міжвертлюгової відстані таза (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,7 %) (див. табл. 7.1). На відміну від практично здорових чоловіків і жінок, між хворими не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей міжкостьової та міжгребеневої відстаней таза (див. табл. 7.2).

S. V. Dmytrenko та співавт. [83] й Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh та співавт. [24, 140] встановили, що у чоловіків загальної групи та представників

мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу більшість поперечних розмірів тіла (окрім ширини плечей і ширини дистального епіфіза гомілки) мають достовірно більші значення порівняно зі здоровими чоловіками, а у чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз важкого перебігу, порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу, встановлені лише достовірно більші значення практично усіх діаметрів тулуба та таза.

S. V. Dmytrenko зі співавт. [81] у хворих на істинну та мікробну екзему легкого або важкого перебігу українських чоловіків, порівняно зі здоровими чоловіками, встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень усіх діаметрів тулуба й таза та ширини дистальних епіфізів плеча та стегна, а також менші значення ширини плечей та ширини дистальних епіфізів передпліччя й гомілки.

Визначення обхватів тіла здійснюється у повсякденній практиці різних галузей медицини та становить особливий інтерес для лікарів багатьох спеціальностей. Обхватні розміри тіла і кінцівок є периметрами різних частин тіла, що характеризують не тільки параметри кісткової конституції, а й описують ступінь розвиненості м'яких тканин, що робить внесок у сукупність даних про реактивність організму [121, 164]. Разом з тим, ці показники вимагають виваженої оцінки, враховуючи можливі метаболічні зміни внаслідок способу життя хворих на себорейний дерматит з переважанням негативної динаміки у клінічній картині.

Порівняльне вивчення обхватів тіла і кінцівок між здоровими і хворими на себорейний дерматит є важливим для оцінки стану та прогнозування ризиків розвитку хвороби, а також для розробки або коригування методів лікування.

В результаті аналізу обхватних розмірів тіла *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками* встановлені наступні розбіжності (табл. 7.3):

між здоровими та хворими легкого й важкого ступеня тяжкості захворювання чоловіками – у практично здорових чоловіків достовірно менші або тенденція до менших значень обхватів плеча у ненапруженому стані (відповідно на

Таблиця 7.3

Відмінності обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками.

Показники	Чоловіки			Жінки		
	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС
OBPL1	Δ↑	▽	↓			
OBPL2	▽	Δ	Δ	▽	Δ	Δ
OBPR1						
OBPR2						
OBK				Δ	▽	
OBV	▽↓	Δ	↑	▽	Δ	Δ
OBVB				↓		↑
OBG1	▽		Δ			
OBG2				▽↓	↑	Δ
OBS						
OBSH	↓	↑		▽	Δ	Δ
OBT	↓		↑	▽	Δ	Δ
OBGK1				▽	Δ	Δ
OBGK2				▽	Δ	Δ
OBGK3				▽	Δ	Δ

Примітки: Зд – здорові; Хв/ЛС – себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості; Хв/ТС – себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; Δ або ▽ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими чоловіками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників між здоровими та хворими чоловіками; Δ або ▽ – достовірні відмінності показників між здоровими та хворими жінками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників між здоровими та хворими жінками; зеленим кольором виділені достовірно більші показники при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; жовтим кольором виділені тенденції до більших значень показників при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жі-

нками; OBB – обхват стегна (см); OBVB – обхват стегон (см); OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см); OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см); OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см); OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см); OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см); OBK – обхват кисті (см); OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см); OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см); OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см); OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см); OBS – обхват стопи (см); OBSH – обхват шиї (см); OBT – обхват талії (см).

10,4 % і 12,2 %), стегна (відповідно на 4,9 % і 5,3 %), гомілки у верхній частині (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 4,2 %), шиї (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,5 %) та талії (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,8 %), а також достовірно більші або тенденція до більших значень обхвату плеча у напруженому стані (відповідно на 5,5 % і 2,3 %);

між здоровими та хворими легкого й тяжкого ступеня тяжкості захворювання жінками – у практично здорових жінок достовірно менші або тенденція до менших значень обхватів плеча у ненапруженому стані (відповідно на 11,2 % і 13,7 %), стегна (відповідно на 9,1 % і 10,1 %), обох стегон (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 5,5 %), гомілки у нижній частині (відповідно на 2,8 % і 5,7 %), шиї (відповідно на 4,9 % і 6,9 %), талії (відповідно на 10,8 % і 11,9 %), грудної клітки на вдиху (відповідно на 6,1 % і 8,3 %), на видиху (відповідно на 5,5 % і 7,8 %) та у спокійному стані (відповідно на 6,7 % і 9,0 %), а також достовірно більше значення обхвату кисті (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,3 %).

Достовірних або тенденцій розбіжностей обхватних розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками* нами не виявлено (див. табл. 7.3).

При аналізі статевих розбіжностей обхватних розмірів тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками та жінками* встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень у

чоловіків, порівняно з жінками, обхватів плеча у напруженому стані (відповідно на 7,1 % і 10,8 %), плеча у ненапруженому стані (відповідно на 11,7 % і 10,8 %), передпліччя у верхній частині (відповідно на 13,0 % і 13,0 %), передпліччя у нижній частині (відповідно на 12,1 % і 8,0 %), кисті (відповідно на 15,3 % і 12,1 %), гомілки у нижній частині (відповідно на 5,3 % і 3,6 %), стопи (відповідно на 9,3 % і 5,0 %), шиї (відповідно на 13,2 % і 10,2 %), грудної клітки на вдиху (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 5,3 %), грудної клітки на видиху (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 7,2 %), та грудної клітки у спокійному стані (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 5,8 %) (див. табл. 7.3).

У хворих на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українських чоловіків, порівняно зі здоровими чоловіками, Al-Omary Ala'a Osama Ahmad зі співавт. [51] встановлені достовірно більші значення практично усіх обхватних розмірів тіла. Також Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh зі співавт. [138] встановили, що у хворих з легким або тяжким перебігом псоріазу українських чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу, а також лише з легким перебігом псоріазу ендо-мезоморфного соматотипу більшість обхватних розмірів тіла достовірно більші порівняно зі здоровими чоловіками.

При аналізі товщини шкірно-жирових складок *між здоровими та хворими на себореїний дерматит легкого та тяжкого ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками нами встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (табл. 7.4):

між здоровими та хворими чоловіками – у практично здорових чоловіків більші значення товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча (відповідно на 49,7 % і 46,5 %), на передній поверхні плеча (відповідно на 41,9 % і 46,4 %), на груді (відповідно на 28,9 % і 27,9 %), на стегні (відповідно на 47,3 % і 38,3 %), на передпліччі (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 18,5 %), під нижнім кутом лопатки (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,5 %) та на гомілці (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 15,9 %), а також менші значення товщини шкірно-жирової складки на боці (відповідно на

Таблиця 7.4

Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками.

Показники	Чоловіки			Жінки		
	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС
GZPL	▲	▼	▼	▲	▼	▼
GPPL	▲	▼	▼	▲	▼▼	▼▲
GPR	↑		↓			
GL	↑	↓				
GGR	▲	▼	▼	▲	▼	▼
GG						
GB	▼	▲	▲	▼	▲	▲
GBD	▲	▼▼	▼▲	▲	▼	▼
GGL	↑		↓	▲	▼	

Примітки: Зд – здорові; Хв/ЛС – себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості; Хв/ТС – себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; ▲ або ▼ – достовірні відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими чоловіками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими чоловіками; ▲ або ▼ – тенденції відмінностей товщини шкірно-жирових складок між хворими чоловіками; ▲ або ▼ – достовірні відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими жінками; ▲ або ▼ – достовірні відмінності товщини шкірно-жирових складок між хворими жінками; зеленим кольором виділені достовірно більші значення товщини шкірно-жирових складок при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; жовтим кольором виділені тенденції до більших значень товщини шкірно-жирових складок при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм); GBD – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм); GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм); GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм); GGR –

товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм); GL – товщина складки під нижнім кутом лопатки (мм); GPPL – товщина складки на передній поверхні плеча (мм); GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм); GZPL – товщина складки на задній поверхні плеча (мм).

36,7 % і 51,6 %);

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок більші значення товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча (відповідно на 51,0 % і 43,6 %), на передній поверхні плеча (відповідно на 46,6 % і 31,0 %), на груді (відповідно на 31,3 % і 18,9 %), на стегні (відповідно на 47,4 % і 38,9 %) та на гомілці (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 10,2 %), а також менші значення товщини шкірно-жирової складки на боці (відповідно на 37,0 % і 44,6 %).

При порівнянні товщини шкірно-жирових складок *між хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками*, нами у чоловіків встановлена лише тенденція до більших значень у хворих з тяжким ступенем тяжкості товщини шкірно-жирової складки на стегні на 14,6 %; а у жінок – лише достовірно більше значення у хворих з тяжким ступенем тяжкості товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча на 22,6 % (див. табл. 7.4).

Досить давно клініцисти звернули увагу на більш тяжкий перебіг дерматозів у осіб із надмірною масою тіла [154]. При цьому важливим є тип розподілу жирової клітковини.

І. О. Чаплик-Чижо [34] встановлено достовірно більші значення товщини шкірно-жирових складок на задній, передній поверхні плеча та на боці у хворих на піодермію чоловіків порівняно зі здоровими чоловіками.

За результатами роботи Макарчук І. М. [21] у здорових осіб обох статей товщина шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча, на передпліччі, під нижнім кутом лопатки, на грудях, животі, боці, на нижній кінцівці зафіксовано достовірно більші значення порівняно з хворими на вугрову хворобу.

Al-Omary Ala'a Osama Ahmad і співавт. [50] у чоловіків із різними формами і тяжкістю екземи встановлено, що більшість показників товщини шкірно-жирових складок (окрім складки на боці) мають достовірно менші значення, ніж у здорових чоловіків.

Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh [142] у чоловіків, хворих на псоріаз легкого або важкого ступеня, визначено порівняно зі здоровими чоловіками, достовірно більші значення товщини шкірно-жирових складок під нижнім кутом лопатки, живота та боці та менші – на задній і передній поверхнях плеча, грудях і стегнах.

До цього часу виконано досить багато науково-практичних досліджень, що стосуються вивчення особливостей товщини і розподілу підшкірно-жирової клітковини у людини в різні вікові періоди онтогенезу. Водночас слід наголосити, що сучасні реалії життя людини диктують необхідність розробки більш тонких та досконаліх у практичному плані досліджень, спрямованих також на вивчення статевих відмінностей даного параметру у людей з певною патологією. Насамперед це відноситься до молодого віку [134, 135].

При аналізі *статевих розбіжностей ТШЖС між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості в українських жінок із тяжким ступенем тяжкості* встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень ТШЖС на передній поверхні плеча на 28,6 %, на передпліччі на 16,0 % та на гомілці на 26,3 % (див. табл. 7.3). На відміну від хворих на себорейний дерматит жінок із тяжким ступенем тяжкості у практично здорових жінок, порівняно з практично здоровими чоловіками, встановлені достовірно більші або тенденція до більших значень ТШЖС на животі, боці, стегні та на гомілці, а також тенденція до менших значень ТШЖС під нижнім кутом лопатки (див. табл. 7.4).

Соматичний тип людини є комплексною морфологічною оцінкою, орієнтованою на характеристику фізичного статусу та здоров'я. У зв'язку з цим, фізичний стан організму слід розглядати комплексно – як сукупність взаємозалежних параметрів: стать, вік, соматичний тип та ін.. Індивідуальна мінливість людини та гендерна обумовленість конституціональних ознак дають можли-

вість диференційовано підходити до характеристики норми, приймаючи за норму ті величини, які притаманні певній статі [121].

При аналізі компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла *між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками встановлені наступні достовірні або тенденції розбіжностей (табл. 7.5):

між здоровими та хворими чоловіками – у практично здорових чоловіків менші значення м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka (відповідно на 9,8 % і 15,2 %) та Американського інституту харчування (відповідно на 9,8 % і 16,8 %), а також більші значення жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (відповідно на 21,2 % і 15,2 %);

між здоровими та хворими жінками – у практично здорових жінок менші значення мезоморфного компоненту соматотипу (відповідно на 46,1 % і 31,3 %), м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka (відповідно на 16,4 % і 23,6 %) та Американського інституту харчування (відповідно на 22,6 % і 32,4 %), кісткового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,9 %), а також більші значення екоморфного компоненту соматотипу (відповідно на 35,4 % і 32,4 %) та жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 15,8 %).

При порівнянні компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* українськими чоловіками або жінками, нами не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей даних показників (див. табл. 7.5).

При аналізі *статевих розбіжностей* компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла *між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості* в українських чоловіків встановлені достовірно більші значення м'язового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka (відповідно на 15,6 % і 14,5 %) та Американського інституту харчування (відповідно на 24,7 % і 23,6 %), а також кісткового компоненту маси тіла визначеного

Таблиця 7.5

Відмінності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками.

Показники	Чоловіки			Жінки		
	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС	Зд	Хв/ЛС	Хв/ТС
FX						
MX				▼	▲	▲
LX				▲	▼	▼
MM	▼	▲	▲	▼	▲	▲
MA	▼↓	▲	↑	▼	▲	▲
OM				▼		▲
DM	▲	▼	▼	▲	▼	

Примітки: Зд – здорові; Хв/ЛС – себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості; Хв/ТС – себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості; ▲ або ▼ – достовірні відмінності показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими чоловіками; ↑ або ↓ – тенденції відмінностей показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими чоловіками; ▲ або ▼ – достовірні відмінності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими жінками; зеленим кольором виділені достовірно більші значення показників компонентного складу маси тіла при порівнянні відповідних груп між чоловіками та жінками; DM – жировий компонент маси тіла за методом Matiegka (кг); FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал); LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал); MM – м'язовий компонент маси тіла за методом Matiegka (кг); MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал); MA – м'язовий компонент маси тіла за методом Американського інституту харчування (кг); OM – кістковий компонент маси тіла за методом Matiegka (кг).

за методом Matiegka (відповідно на 23,6 % і 21,4 %) (див. табл. 7.5).

Найбільш повне уявлення про загальну конституцію людини дає соматот-

ип (приватна тілесна конституція). У дослідженнях Johansson E. K. із співавт. [102] виявлено закономірне наростання поширеності дерматозів від астеничного соматотипу до гіперстенічного (індекси Пінье, метричний), а також від мезоморфного типу статури до ендоморфного (індекс мезоендоморфії). У поширеності окремих ступенів тяжкості atopічного дерматиту, піодермії, екземи виявлена та ж закономірність, що і для дерматитів в цілому: найменша поширеність усіх форм встановлена у осіб астеничної та мезоморфної конституції, найбільша – у гіперстеніків та ендоморфів. Відмінності поширеності окремих форм захворювань у крайніх соматотипів за всіма індексами статистично значущі ($p < 0,05$). Крім того, поширеність більш тяжких форм патологічного процесу у астеників і гіперстеніків статистично значуще ($p < 0,05$) відрізняється з поширеністю цих форм у популяції. У обстежуваних мезо- і ендоморфної конституції такі відмінності не виявлені.

У дослідженні, проведеному Abuabara K. і співавт. [42] встановлено, що чоловіки, що хворіють на atopічну екзему, при загальній віковій схильності до ендоморфії, на відміну від здорових, характеризуються підвищеним жировідкладенням у верхній частині корпусу та на плечах.

А. В. Гара [10] встановили критерії та особливості перебігу atopічного дерматиту у подільських підлітків, базуючись на аналізі антропо-соматотипологічних показників. У хворих на atopічний дерматит порівняно з контрольною групою встановлені менші значення ендоморфного компонента соматотипу, жирового й кісткового компонентів маси тіла.

В. В. Чеботарев і співавт. [38] у пацієнтів із різними ступенями тяжкості акне визначили переважаючий тип статури. У пацієнтів із легким перебігом дерматозу переважав мезоморфний соматотип, а у пацієнтів із тяжким перебігом – ендоморфний та ектоморфний типи тілобудови, мезоморфний соматотип відмічено у 24 %, а невизначений у 10 % пацієнтів.

У сучасних наукових дослідженнях отримано докази впливу підвищеної маси тіла на прогресування дерматологічних захворювань. Проте, важливо оцінити, які саме показники її компонентного складу сигналізують про ризик про-

яву дерматиту різного ступеня тяжкості. Так, Вартанова О. Т. [6] оцінювала та аналізувала особливості вмісту жирової маси тіла у чоловіків юнацького та першого періоду зрілого віку хворих на псоріаз. У групі контролю переважав нанокорпулентний, а у хворих на псоріаз чоловіків – мікрокорпулентний тип тілобудови. У третини хворих чоловіків відмічено макрокорпулентний тип, якому властивий високий показник вираженості жирової маси.

Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех [23, 25] в українських чоловіків загальної групи та представників мезоморфного й ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз різного перебігу тяжкості встановив більші значення ендоморфного й мезоморфного компонентів соматотипу та м'язового й кісткового компонентів маси тіла, а також менші значення ектоморфного компоненту соматотипу, ніж у практично здорових чоловіків.

Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад [1, 2] у хворих на істинну та мікробну екзему легкого або тяжкого перебігу українських чоловіків, ніж у практично здорових чоловіків, встановив достовірно більші значення величини мезоморфного компоненту соматотипу та м'язового компоненту маси тіла, а також менші значення величини ектоморфного компоненту соматотипу.

При аналізі частоти розподілів соматотипу між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками встановлені лише достовірно більше значення частоти середнього проміжного соматотипу (на 22,7 %) у хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості чоловіків, а також незначні тенденції до більших значень частоти мезоморфного соматотипу (на 18,8 %) у хворих на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості жінок і до менших значень частоти ектоморфного соматотипу (на 15,8 %) у хворих на себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості жінок.

Не зважаючи на те, що у в скринінговій діагностиці себореї традиційне місце займає інформація, отримана при використанні дерматологічного і загальноклінічних методів обстеження, не менш важливе значення у діагностиці дерматозу мають дані, які враховують соматотип та його зв'язок із ступенем

жирності шкіри та емоційним станом пацієнта. Згідно із дослідженнями закордонних колег [74, 95] у пацієнтів із підвищенням жирності шкіри достовірно знижується якість життя, збільшується частота тривожності і депресії, суб'єктивного дискомфорту порівняно із здоровими однолітками. У нашої вітчизняної вибірки аналогічні показники психо-емоційного стану у зв'язку із ступенем жирності шкіри дотепер не досліджувались.

При аналізі кореляцій *показника ступеня вираженості жирної шкіри* із *антропо-соматотипологічними* показниками чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу встановлені наступні *множинні* достовірні та середньої сили недостовірні зв'язки:

у чоловіків із легким перебігом захворювання – середньої сили зворотні (r від -0,31 до -0,53), переважно недостовірні, зв'язки з більш ніж половиною обхватних розмірів тіла та як наслідок із мезоморфним компонентом соматотипу (r = -0,30) та мя'зовими компонентами маси тіла за Matiegka та Американського інституту харчування (r = -0,35 і -0,46);

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – привертають увагу лише достовірні середньої сили та сильний зворотні зв'язки з шириною дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок (r = -0,50 і -0,60);

у жінок із легким перебігом захворювання – середньої сили зворотні (r від -0,30 до -0,52), переважно недостовірні, зв'язки з усіма тотальними, більшістю поздовжніх розмірів тіла та усіма показниками компонентного складу маси тіла; середньої сили зворотні (r від -0,31 до -0,55), переважно достовірні, зв'язки з усіма показниками ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок; зворотні, переважно середньої сили (r = від -0,30 до -0,61), достовірні та недостовірні зв'язки з більшістю обхватних, поперечних розмірів тіла та показників товщини шкірно-жирових складок; середньої сили достовірні зворотні (r = -0,50 і -0,52) зв'язки з ендо- і мезоморфним компонентами соматотипу та середньої сили достовірний прямий (r = 0,51) зв'язок із ектоморфним компонентом соматотипу;

у жінок із тяжким перебігом захворювання – середньої сили зворотні (r =

від -0,30 до -0,44), переважно недостовірні, зв'язки з усіма тотальними, більшістю показників ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок і показників компонентного складу маси тіла, майже половиною обхватних розмірів тіла та третиною показників товщини шкірно-жирових складок.

Проведений *кількісний аналіз достовірних і середньої сили недостовірних кореляцій* у чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу між *показником ступеня вираженості жирної шкіри та антропоморфотипологічними* показниками виявив наступний розподіл зв'язків:

у чоловіків із легким перебігом захворювання – 21 зв'язок із 58 можливих (36,2 %), серед яких 1,7 % сильних прямих достовірних, 1,7 % середньої сили прямих недостовірних, 6,9 % середньої сили зворотніх достовірних і 25,9 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з компонентами соматотипу (66,7 % – усі середньої сили зворотні недостовірні), обхватними розмірами тіла (13,3 % середньої сили зворотніх достовірних і 46,7 % середньої сили зворотніх недостовірних), поперечними розмірами тулуба та показниками компонентного складу маси тіла (по 25,0 % середньої сили зворотніх достовірних і по 25,0 % середньої сили зворотніх недостовірних);

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – 16 зв'язків із 58 можливих (27,6 %), серед яких 3,4 % середньої сили прямих недостовірних, 1,7 % сильних зворотніх достовірних, 6,9 % середньої сили зворотніх достовірних і 15,5 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з компонентами соматотипу (по 33,3 % середньої сили прямих і зворотніх недостовірних), шириною дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 25,0 % сильних і середньої сили зворотніх достовірних) кефалометричними показниками (14,3 % середньої сили зворотніх достовірних і 28,6 % середньої сили зворотніх недостовірних);

у жінок із легким перебігом захворювання – 44 зв'язки з 59 можливих (74,6 %), серед яких 1,7 % середньої сили прямих достовірних, 3,4 % сильних зворотніх достовірних, 33,9 % середньої сили зворотніх достовірних і 35,6 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встанов-

лена з тотальними розмірами тіла (33,3 % середньої сили зворотніх достовірних і 66,7 % середньої сили зворотніх недостовірних), шириною дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток (75,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 25,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), розмірами тазу (по 25,0 % зворотніх сильних достовірних і середньої сили недостовірних та 50,0 % середньої сили зворотніх достовірних), компонентами соматотипу (33,3 % середньої сили прямих достовірних і 66,7 % середньої сили зворотніх недостовірних), показниками компонентного складу маси тіла (25,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 75,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), товщиною шкірно-жирових складок (по 44,4 % середньої сили зворотніх достовірних і недостовірних), поперечними розмірами тулуба (50,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 25,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), обхватними розмірами тіла (по 33,3 % середньої сили зворотніх достовірних і недостовірних та 6,7 % сильних зворотніх достовірних) та поздовжніми розмірами тіла (60,0 % середньої сили зворотніх недостовірних);

у жінок із тяжким перебігом захворювання – 23 зв'язки з 59 можливих (39,0 %), серед яких 1,7 % середньої сили прямих недостовірних, 5,1 % середньої сили зворотніх достовірних і 32,2 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з тотальними розмірами тіла (100 % середньої сили зворотніх недостовірних), показниками компонентного складу маси тіла (75,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), шириною дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток (25,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 50,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), обхватними розмірами тіла (46,7 % середньої сили зворотніх недостовірних) та поздовжніми розмірами тіла (по 20,0 % середньої сили зворотніх достовірних і недостовірних).

При аналізі кореляцій *показника ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними показниками чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу встановлені наступні множинні достовірні та середньої сили недостовірні зв'язки:*

у чоловіків із легким перебігом захворювання – середньої сили зворотні ($r =$ від $-0,30$ до $-0,56$), переважно недостовірні, зв'язки з більш ніж половиною кефалометричних показників, поперечних розмірів тулуба та показників товщини шкірно-жирових складок, половиною показників ширини дистальних епіфізів кінцівок і обхватних розмірів тіла та як наслідок із мезо- і ендоморфним компонентом соматотипу та м'язовими компонентами маси тіла за Matiegka й Американського інституту харчування;

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – відсутні;

у жінок із легким перебігом захворювання – прямі ($r =$ від $0,32$ до $0,77$), переважно середньої сили, достовірні та недостовірні зв'язки з більшістю кефалометричних показників, а також зворотні ($r =$ від $-0,31$ до $-0,62$), переважно середньої сили, достовірні та недостовірні зв'язки з майже половиною обхватних розмірів тіла, більшістю поперечних розмірів тулуба та третиною показників товщини шкірно-жирових складок;

у жінок із тяжким перебігом захворювання – відсутні.

Проведений кількісний аналіз достовірних і середньої сили недостовірних кореляцій у чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та тяжкого перебігу між показником ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя та антропо-соматотипологічними показниками виявив наступний розподіл зв'язків:

у чоловіків із легким перебігом захворювання – 26 зв'язків із 58 можливих (44,8 %), серед яких 1,7 % середньої сили прямих недостовірних, 12,1 % середньої сили зворотніх достовірних і 31,0 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з компонентами соматотипу (33,3 % середньої сили зворотніх достовірних і по 33,3 % середньої сили прямих і зворотніх недостовірних), поперечними розмірами тулуба (25,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 50,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), кефалометричними показниками (по 28,6 % середньої сили зворотніх достовірних і недостовірних), шириною дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток і показниками компонентного складу маси тіла (по 50,0 % середньої сили зворотніх

недостовірних), обхватними розмірами тіла (20,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 26,7 % середньої сили зворотніх недостовірних) та товщиною шкірно-жирових складок (44,4 % середньої сили зворотніх недостовірних);

у чоловіків із тяжким перебігом захворювання – 4 зв'язки з 58 можливих (6,9 %), серед яких 5,2 % середньої сили прямих недостовірних і 1,7 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з розмірами тазу (66,7 % середньої сили прямих недостовірних);

у жінок із легким перебігом захворювання – 20 зв'язків із 59 можливих (33,9 %), серед яких 1,7 % сильних прямих достовірних, 1,7 % середньої сили прямих достовірних, 10,2 % середньої сили прямих недостовірних, 1,7 % сильних зворотніх достовірних, 6,8 % середньої сили зворотніх достовірних і 11,9 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з поперечними розмірами тулуба (25,0 % середньої сили зворотніх достовірних і 50,0 % середньої сили зворотніх недостовірних), кефалометричними показниками (по 14,3 % прямих сильних і середньої сили достовірних та 42,9 % прямих середньої сили недостовірних), компонентами соматотипу (по 33,3 % середньої сили прямих і зворотніх недостовірних) та обхватними розмірами тіла (по 20,0 % середньої сили зворотніх достовірних і недостовірних та 6,7 % сильних зворотніх достовірних);

у жінок із тяжким перебігом захворювання – 9 зв'язків із 59 можливих (15,3 %), серед яких 3,4 % середньої сили прямих недостовірних, 1,7 % середньої сили зворотніх достовірних і 10,2 % середньої сили зворотніх недостовірних. Відносна більшість зв'язків встановлена з товщиною шкірно-жирових складок (22,2 % середньої сили прямих недостовірних) і поздовжніми розмірами тіла (40,0 % середньої сили зворотніх недостовірних).

У дерматології дотепер відмічаються значущі труднощі в проведенні комплексної оцінки всієї інформації про хворого для постановки клінічного діагнозу, вибору максимально індивідуалізованої тактики лікування, прогнозування перебігу захворювання. В практичній діяльності лікаря доводиться мати справу зі складними комбінаціями діючих чинників, які не вдається кон-

кретно виділити і вивчити ізольовано, що утруднює прийняття правильного клінічного рішення. Для обґрунтованого способу вирішення завдань у таких випадках використовується багатомірна реалізація. У цих випадках неоціненну допомогу може надати застосування апарату математичного моделювання. Істотне практичне значення при створенні прогностичних моделей є урахування індивідуальних характеристик конкретного досліджуваного, що дає змогу коригувати параметри групової моделі та отримати більш достовірний індивідуальний прогноз [87, 97].

Тяжкість захворювання, як правило, є головним інтересом у клінічних умовах, і тому є основним фокусом порівняння моделі та даних. Прогнозування активності і тяжкості захворювання дотепер здебільшого оцінювалась дослідниками комбінацією множинних клінічних ознак (наприклад, дерматоскопічне дослідження) і анамнестичних даних, що у якійсь мірі може бути недостатньо об'єктивним (людський фактор, технічні обмеження), щоб результати моделі були клінічно або біологічно значущими [89, 124].

Конституціональний підхід до математичного моделювання забезпечує логічні та механістичні способи визначення нових терапевтичних цілей шляхом виявлення механізмів, пов'язаних із захворюванням, та визначення можливих ефектів терапевтичного втручання, яке діє на критичні точки, щоб нормалізувати порушення регуляції системи. Дискримінантний аналіз особливостей виникнення і перебігу шкірного захворювання з використанням антропометричних даних окремого пацієнта починається з визначення системи, яку потрібно моделювати, і гіпотези, яку необхідно дослідити. Чутливі параметри, чії невеликі зміни різко змінюють поведінку системи, ретельно вимірюються за допомогою попереднього кореляційного аналізу, тоді як «нечутливі» параметри є можливими цілями для зменшення параметрів для спрощення моделі. В ході аналізу стає можливим пояснення різних фенотипових проявів одного і того ж захворювання у осіб різних соматотипів, що дозволяє також раціонально поширити математичні моделі певного захворювання на інші захворювання зі спільними молекулярними механізмами [44, 96].

Нами при аналізі дискримінантних рівнянь встановлено, що у чоловіків і жінок можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими на генералізовану жирну форму себореїного дерматиту (статистика Wilks' Lambda=0,063 у чоловіків; статистика Wilks' Lambda=0,174 у жінок). До складу дискримінантних моделей у чоловіків входять обхватні розміри тіла (42,8 %), товщина шкірно-жирових складок (28,6 %), діаметри тіла та кефалометричні показники (по 14,3 %); у жінок – товщина шкірно-жирових складок (42,8 %), діаметри тіла (28,6 %), обхватні розміри тіла та кефалометричні показники (по 14,3 %). Причому, найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять обхвати плеча в напруженому та ненапруженому стані, а у жінок – товщина шкірно-жирової складки на стегні та ширина плечей. Подібні результати (високий відсоток входження до моделей обхватних розмірів тіла та товщина шкірно-жирових складок, які є низько генетично детермінованими), вказують на незначну генетичну схильність і виражений вплив зовнішніх факторів (більш виражено у чоловіків) на дане мультифакторіальне захворювання [15].

Конституціональний підхід до моделювання має величезний потенціал для посилення потужності традиційних експериментальних підходів у дерматології в постгеномну еру. Проте, дослідницьких заходів із використанням математичного моделювання, включаючи моделі на основі конституціональних показників, практично немає.

Серед таких робіт, відзначається дослідження Дмитренко С. В. та ін. [11] та Макарчук І. М. та ін. [18], де на основі антропометричних і соматотипологічних показників було побудовано дискримінантні моделі, що дозволити спрогнозувати у юнаків і дівчат Подільського регіону України можливість виникнення вугрової хвороби без і з урахуванням тяжкості захворювання.

І. О. Чаплик-Чижо [35] проведено дискримінантний аналіз із урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних моделей можливості захворювання на піодермії в залежності від особливостей конституціональних параметрів тіла у чоловіків і жінок західних регіонів України.

Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh та ін. [139] побудовано та проведено аналіз дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу в українських чоловіків без і з урахуванням соматотипу в залежності від особливостей будови та розмірів тіла. До складу моделей у чоловіків загальної групи найбільш часто входять діаметри тіла і товщина шкірно-жирових складок; а у чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів – діаметри тіла.

Al-Omary Ala'a Osama Ahmad із співавт. [52] в українських чоловіків на основі антропометричних параметрів розроблені достовірні дискримінантні моделі, що дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення екземи. До складу побудованих моделей найбільш часто входять товщина шкірно-жирових складок і діаметри тіла.

Підводячи підсумок проведеного дисертаційного дослідження, слід підкреслити, що отримані результати дають можливість здійснення ефективного скринінгу осіб схильних до себорейного дерматиту, що, в свою чергу, дозволить більш ефективно проводити програми діагностики, лікування та профілактики даного захворювання.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні особливостей клініко-анамнестичних та антропо-соматотипологічних показників у хворих на себорейний дерматит українських чоловіків і жінок молодого віку, визначенні особливостей кореляцій показників ступенів вираженості жирної шкіри та емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними параметрами хворих на себорейний дерматит, а також, побудові дискримінантних моделі можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання в залежності від особливостей будови та розмірів тіла.

1. При аналізі клінічних і анамнестичних даних виявлені найбільш значимі і загальноприйняті фактори ризику розвитку себорейного дерматиту в українських чоловіків і жінок молодого віку. До них відносяться: стаж захворювання, умови праці, навколишнє середовище, шкідливі звички і емоційний стан пацієнта. При легкому і тяжкому перебігу себорейного дерматиту у чоловіків і жінок встановлені характерні та відмінні один від одного клінічні прояви захворювання (суб'єктивні відчуття і скарги, локалізація і тип елементів висипки, місцеві прояви переважання тону вегетативного нервової системи), що дозволяють вчасно оцінити ризик генералізації процесу та своєчасно призначити адекватну терапію.

2. Між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості та практично здоровими українськими чоловіками встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей антропо-соматотипологічних показників. Для більшості груп хворих з легким і тяжким ступенем тяжкості виявлені:

більші значення – більшості кефалометричних розмірів (на 3,9-24,2 %), поперечного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів (на 6,1-22,3 %), міжвертлюгової відстані тазу (на 2,6 % і 3,5 %), обхватів плеча у ненапруженому стані, стегна, гомілки у верхній частині, шиї та талії (на 2,5-12,2 %), товщини шкірно-жирової складки на боці (на 36,7 % і 51,6 %), м'язового компоненту маси

тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування (на 9,8-16,8 %), частоти середнього проміжного соматотипу (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 22,7 %);

менші значення – обхвату голови, сагітальної дуги черепа та ширини дистального епіфіза плеча (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 1,4 %, 3,1 % і 2,7 %), висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок (на 4,8-6,6 %), ширини плечей (на 13,6 % і 15,0 %), (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,7 %), обхвату плеча у напруженому стані (на 5,5 % і 2,3 %), товщини шкірно-жирових складок на задній й передній поверхні плеча, на груді, на стегні, на передпліччі, під нижнім кутом лопатки та на гомілці (на 3,5-49,7 %), жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (на 21,2 % і 15,2 %).

3. Між хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості та практично здоровими українськими жінками також встановлені багаточисельні достовірні або тенденції відмінностей антропо-соматотипологічних показників. Для більшості груп хворих з легким і тяжким ступенем тяжкості виявлені:

більші значення – найбільшої довжини та найменшої ширини голови, ширини обличчя та ширини нижньої щелепи (на 0,8-16,6 %), маси тіла (на 11,2 % і 17,5 %), площі поверхні тіла (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,6 %), висоти пальцевої антропометричної точки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,2 %), ширини дистальних епіфізів передпліччя, гомілки (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 2,1 % і 4,0 %) та стегна (на 5,9 % і 7,3 %), поперечних середньогрудного та нижньогрудного діаметрів (на 4,3-9,5 %), передньо-заднього середньогруднинного діаметра (на 11,2 % і 14,1 %), міжостьової та міжвертлюгової відстаней (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 5,5 % і 4,8 %), міжребеневої відстані та поверхневої кон'югати (на 4,4-12,4 %), обхватів плеча у ненапруженому стані, стегна, обох стегон, гомілки у нижній частині, шиї, грудної клітки на вдиху, видиху та у спокійному стані (на 2,8-13,7 %), товщини шкірно-жирової складки на боці (на 37,0 % і 44,6 %), мезоморфного компоненту соматотипу (на 46,1 % і 31,3 %), м'язового компоненту

маси тіла визначеного за методиками Matiegka та Американського інституту харчування (на 16,4-32,4 %), кісткового компоненту маси тіла за Matiegka (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 7,9 %), частоти мезоморфного соматотипу (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 18,8 %);

менші значення – обхвату голови (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 0,9 %), сагітальної дуги черепа (на 2,9 % і 2,4 %), висоти лобкової (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,8 %) та вертлюгової антропометричних точок (на 4,6 % і 2,9 %), ширини плечей (на 12,9 % і 10,6 %), обхвату кисті (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 2,3 %), товщини шкірно-жирових складок на задній й передній поверхні плеча, на груді, на стегні та на гомілці (на 10,2-51,0 %), екоморфного компоненту соматотипу (на 35,4 % і 32,4 %), жирового компоненту маси тіла визначеного за методом Matiegka (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 15,8 %), частоти екоморфного соматотипу (лише порівняно з тяжким ступенем тяжкості на 15,8 %).

4. Між хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками або жінками нами встановлені лише поодинокі достовірні або тенденції розбіжностей антропо-соматотипологічних показників, а саме: у хворих з тяжким ступенем тяжкості чоловіків встановлені більші значення величини сагітальної дуги черепа (на 2,5 %), ширини дистального епіфіза передпліччя (на 2,7 %) та товщини шкірно-жирової складки на стегні (на 14,6 %); а у хворих з тяжким ступенем тяжкості жінок – більші значення величини обхвату голови (на 1,4 %), ширини обличчя (на 5,2 %), поперечного нижньогрудного діаметру (на 5,4 %), міжвертлюгової відстані таза (на 4,0 %) та товщини шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (на 22,6 %).

5. Встановлені виражені прояви статевого диморфізму величини антропо-соматотипологічних показників між хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості українськими чоловіками та жінками, а саме: більші значення у хворих чоловіків кефалометричних показників (на 2,1-12,8 %), усіх тотальних розмірів тіла (на 6,8-16,5 %), висоти антропометричних точок (на 3,2-7,8 %), ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок і діаметрів тулуба

(на 3,8-22,0 %), міжвертлюгової відстані таза (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 3,7 %), обхватів плеча у напруженому й ненапруженому станах, передпліччя у верхній й нижній частинах, кисті, гомілки у нижній частині, стопи, шиї (на 3,6-15,3 %), грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані (лише порівняно з легким ступенем тяжкості на 5,3 %, 7,2 % і 5,8 %), м'язового й кісткового компоненту маси тіла визначеного за методиками Matiegka та м'язового компоненту маси тіла за методом Американського інституту харчування (на 14,5-24,7 %); а також більші значення у хворих із тяжким ступенем тяжкості жінок товщини шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча (на 28,6 %), на передпліччі (на 16,0 %) та на гомілці (на 26,3 %).

6. При аналізі кореляцій показника ступеня вираженості жирної шкіри або показника ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними показниками чоловіків і жінок хворих на генералізовану жирну форму себорейного дерматиту легкого та тяжкого перебігу встановлено, що переважна кількість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків мають зворотній характер (за винятком кореляцій показника емоційного впливу жирної шкіри обличчя з антропо-соматотипологічними показниками у чоловіків із тяжким перебігом захворювання). Незалежно від статі, більшість достовірних або середньої сили недостовірних зв'язків спостерігається при легкому перебігу захворювання.

7. Розроблені на основі розмірів тіла достовірні дискримінантні моделі дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення генералізованої жирної форми себорейного дерматиту як у чоловіків (коректність 87,7 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,063; $p < 0,001$), так і у жінок (коректність 91,8 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,174; $p < 0,001$). Достовірна дискримінація ступеня тяжкості себорейного дерматиту на основі особливостей встановлених антропометричних показників як у чоловіків, так і у жінок неможлива. До складу побудованих дискримінантних рівнянь у чоловіків найбільш часто входять обхватні розміри тіла (42,8 %) та товщина шкірно-жирових складок (28,6 %); у жінок – товщина шкірно-жирових складок (42,8 %) і діаметри тіла

(28,6 %). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять обхвати плеча в напруженому та ненапруженому стані, а у жінок – товщина шкірно-жирової складки на стегні та ширина плечей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль-Омарі Ала'а Осама Ахмад (2022). *Особливості компонентів соматотипу в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The XXXIII International Scientific and Practical Conference “Trends in the development of science in the modern world”, Graz (pp. 197-199). Graz, Austria.
2. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості показників компонентного складу маси тіла в українських чоловіків хворих на різні форми екземи*. The 8th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions”, Barcelona (pp. 51-53). Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain.
3. Аль-Омарі, А. О. А. (2022). *Особливості тотальних розмірів тіла у чоловіків хворих на різні форми екземи*. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Морфогенез та регенерація органів людини та тварин в нормі, при патології та за умов корекції» присвячена 100-річчю з дня народження професора І.О. Жутаєва, Полтава (стор. 18-19). Полтава: ПДМУ.
4. Антомонов, М. Ю. (2018) *Математическая обработка и анализ медико-биологических данных*. К.: МИЦ «Мединформ».
5. Бунак, В. В. (1941). *Антропометрия*. М.: Наркомпрос РСФСР.
6. Вартанова, О. Т. (2012). Характеристика выраженности жировой массы тела у мужчин, больных псориазом. *Журнал анатомии и гистопатологии*, 1(2), 55-56.
7. Височанська, В. В., & Коваль, Г. М. (2021). Basis for emergence of Seborrheic dermatitis. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*, 1(63), 36-42.
8. Волков, И. А., Фриго, Н. В., Знаменская, Л. Ф., & Катунина, О. Р. (2014). Применение конфокальной лазерной сканирующей микроскопии в биологии и медицине. *Вестник дерматологии и венерологии*, 90(1), 17-24.

9. Галкина, Т. Н., & Калмин, О. В. (2017). Характеристики телосложения и дерматоглифики пензенских юношей и девушек. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*, 2(42), 31-41.
10. Гара, А. В. (2014). Особливості соматотипологічних параметрів у хлопчиків і дівчаток Поділля хворих на atopічний дерматит. *Український морфологічний альманах*, 12(2), 95-98.
11. Дмитренко, С. В., Маєвський, О. Є., & Макарчук, І. М. (2016). Дискримінантні моделі можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби у дівчат подільського регіону України в залежності від розмірів тіла. *Мир медицини и биологии*, 12(4(58)), 30-33.
12. Зенин, О. К. (2019). Размеры тела человека, детерминированные типом телосложения. *Морфологический альманах имени ВГ Ковешникова*, 17(3), 50-53.
13. Ибрагимова, Э. Э., Якубова, Э. Ф., & Якубова, З. А. (2017). Сравнительный анализ соматотипов и дерматотипов представителей разных этнических групп, проживающих в Крыму. *Естественные науки*, (2), 32-40.
14. Казакова, Г. Н., Панкова, Е. С., Замкова, Е. В., Зюзюкина, А. В., & Синдеева, Л. В. (2018). Конституциональная характеристика и функциональный статус первокурсников как критерий адаптации к обучению в вузе. *Современные проблемы науки и образования*, (6), 60-61.
15. Калмин, О. В., & Галкина, Т. Н. (2020). *Медицинская антропология*. Высшее образование: Специалитет.
16. Койносов, А. П. (2010). *Клинико-конституциональные исследования в дерматологии. Учебное пособие*. Тюмень-Шадринск.
17. Лобов, И. Л., Мальков, А. В., & Лобов, Н. (2018). Анализ физического развития и маркеров соединительнотканной дисплазии у пациентов с болезнью Пертеса. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*, 6(2), 12-21.
18. Макарчук, І. М., Маєвський, О. Є., Гунас, І. В. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання та особливос-

тей перебігу вугрової хвороби в юнаків Поділля. *Вісник морфології*, 22(1), 160-163.

19. 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.

20. 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.

21. Макарчук, І. М. (2015). Особливості товщини шкірно-жирових складок у хворих на вугрову хворобу юнаків та дівчат Поділля з урахуванням і без урахування соматотипу. *Мир медицини и биологии*, 11(4-2(54)), 47-50.

22. Мурзіна, Е. О. (2020). Конституційні особливості дітей хворих на псоріаз. *Журнал дерматовенерології та косметології імені М. О. Торсуєва*, 1, 53.

23. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків загальної групи хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу*. The 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects”, Tokyo (pp. 83-86). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.

24. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у чоловіків різних соматотипів хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу*. The 10th International scientific and practical conference “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects”, Berlin (pp. 57-61). MDPC Publishing, Berlin, Germany.

25. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу*. The 7th International scientific and practical conference “Modern science:

innovations and prospects”, Stockholm (pp. 29-34). SSPG Publish, Stockholm, Sweden.

26. Панюкова, С. В., Пирузян, А. Л., & Корсунская, И. М. (2020). Себорейный дерматит: как помочь пациенту. *Consilium Medicum*, 22(7), 46-48.

27. Полеско, И. В. (2007). Особенности распространения антигенов I и II классов системы HLA у больных себорейным дерматитом. *Детские инфекции*, 6(3), 30-34.

28. Полонская, А. С., Шатохина, Е. В. А., & Круглова, Л. С. (2020). Себорейный дерматит: современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению. *Клиническая дерматология и венерология*, 19(4), 451-458.

29. Темников, В., Вартанова, О., Аксенова, О., Нор-Аревян, К. А., & Чистолитова, Л. (2015). Конституциональные особенности мужчин, страдающих псориазом. *Валеология*, (2), 14-17.

30. Халимова, Ф. Т., Назаров, Ч. Т., & Иргашева, Д. (2023). Индивидуально-типологическая характеристика студентов по их соматотипу. *Биология и интегративная медицина*, 2(61), 5-16.

31. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості кефалометричних параметрів в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 10th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (June 25-27, 2023), Munich (pp. 50-55). MDPC Publishing. Munich, Germany.

32. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості поздовжніх розмірів тіла в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 6th International scientific and practical conference “European scientific congress” (July 10-12, 2023), Madrid (pp. 58-60). Barsa Academy Publishing. Madrid, Spain.

33. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості тотальних розмірів тіла та розподілу соматотипів в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 11th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (July 23-25, 2023), Munich (pp. 58-60). MDPC Publishing. Munich, Germany.

34. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Відмінності товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на піодермії чоловіками і жінками. *Вісник проблем біології і медицини*, 1(2), 121-124.
35. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок залежно від особливостей будови та розмірів тіла. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (26), 68-71.
36. Чаплик-Чижо, І. О. (2016). Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на гострі й хронічні піодермії чоловіками і жінками. *Вісник морфології*, 2(22), 279-282.
37. Чаплыгина, Е. В., Аксенова, О. А., Вартанова, О. Т., Нор-Аревян, К. А., & Евтушенко, А. В. (2014). Современные представления о конституции человека и ее значение для медицины. *Современные проблемы науки и образования*, (5), 468-468.
38. Чеботарев, В. В., Шиханова, Е. Н., & Кошель, М. В. (2014). *Акне: этиология, патогенез, лечение*. Ставрополь [б.и.].
39. Черкасов, В. Г., Гунас, І. В., & Гара, А. В. (2015). Феногенетичні аспекти дерматогліфічних змін при атопічному дерматиті. *Світ медицини та біології*, 11(3-2), 59-63.
40. Шапаренко, П. П. (2000). *Антропометрія*. Вінниця: ВДМУ ім. М. І. Пирогова.
41. Шукуров, И. Б., Яхшиева, М. Ф., Амруллаева, С. Ф., & Болтаева, Г. И. (2021). Оценка дерматологического индекса шкалы симптомов у пациентов себорейным дерматитом и условно-патогенной инфекцией на основе использования природного оксида кремния. *Новый день в медицине*, 2(34), 213-216.
42. Abuabara, K., Ye, M., McCulloch, C. E., Sullivan, A., Margolis, D. J., Strachan, D. P., ... & Langan, S. M. (2019). Clinical onset of atopic eczema: Results from 2 nationally representative British birth cohorts followed through midlife. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 144(3), 710-719.

43. Adalsteinsson, J. A., Kaushik, S., Muzumdar, S., Guttman-Yassky, E., & Ungar, J. (2020). An update on the microbiology, immunology and genetics of seborrheic dermatitis. *Experimental dermatology*, 29(5), 481-489.
44. Alamolhoda, M., Heydari, S. T., Ayatollahi, S. M. T., Tabrizi, R., Akbari, M., & Ardalan, A. (2020). A multivariate multilevel analysis of the risk factors associated with anthropometric indices in Iranian mid-adolescents. *BMC pediatrics*, 20, 1-9.
45. Aleid, N. M., Fertig, R., Maddy, A., & Tosti, A. (2017). Common allergens identified based on patch test results in patients with suspected contact dermatitis of the scalp. *Skin appendage disorders*, 3(1), 7-14.
46. Ali, Z., Suppli Ulrik, C., Agner, T., & Thomsen, S. F. (2018). Is atopic dermatitis associated with obesity? A systematic review of observational studies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(8), 1246-1255.
47. AlKhabbaz, M., Al-Taiar, A., Saeed, M., Al-Sabah, R., & Albatineh, A. N. (2020). Predictors of acne vulgaris among adolescents in Kuwait. *Medical Principles and Practice*, 29(4), 310-317.
48. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2019). Constitutional and psychological features of the occurrence and course of eczema in men and women (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 728-732.
49. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad (2021). Indicators of severity and accentuated personality traits in men with various forms of eczema. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 559-562.
50. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko S. V., Chaika V. H., Isakova, N. M., & Gunas, I. V. (2021). Skinfold thickness in men with various forms of eczema. *World of Medicine and Biology*, 3(77), 11-15.
51. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Dmytrenko, S. V., Drachuk, O. P., Yasko, V. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of the girth sizes of the body in men with various forms of eczema. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (39), 51-56.
52. Al-Omary Ala'a Osama Ahmad, Vadzyuk, S. N., Shkolnikov, V. S.,

Prokopenko, S. V., & Gunas, I. V. (2022). Discriminant models of possibilities occurrence and features of the course of different forms of eczema in men depending on the characteristics of anthropometric indicators. *Reports of Morphology*, 28(1), 11-16.

53. Alonso, R., Fernández-Fernández, A. M., Pisa, D., & Carrasco, L. (2018). Multiple sclerosis and mixed microbial infections. Direct identification of fungi and bacteria in nervous tissue. *Neurobiology of Disease*, 117, 42-61.

54. Alonso, R., Pisa, D., Fernández-Fernández, A. M., & Carrasco, L. (2018). Infection of fungi and bacteria in brain tissue from elderly persons and patients with Alzheimer's disease. *Frontiers in aging neuroscience*, 10, 159.

55. Amado, Y., Patiño-Uzcátegui, A., Cepero de García, M. C., Tabima, J., Motta, A., Cárdenas, M., ... & Celis, A. (2013). Seborrheic dermatitis: predisposing factors and ITS2 secondary structure for *Malassezia* phylogenetic analysis. *Medical mycology*, 51(8), 868-875.

56. Anaba, L. E., Ogunbiyi, O. A., & George, O. A. (2019). Adolescent facial acne vulgaris and body mass index: any relationship?. *West African Journal of Medicine*, 36(2), 129-132.

57. Ascott, A., Mansfield, K. E., Schonmann, Y., Mulick, A., Abuabara, K., Roberts, A., ... & Langan, S. M. (2021). Atopic eczema and obesity: a population-based study. *British Journal of Dermatology*, 184(5), 871-879.

58. Augustin, M., Kirsten, N., Körber, A., Wilsmann-Theis, D., Itschert, G., Staubach-Renz, P., ... & Zander, N. (2019). Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(1), 147-150.

59. Austin, B. A., Vu, A., Boothe, W. D., & Stetson, C. L. (2020). Seborrheic dermatitis with massive facial hyperkeratosis resembling acquired ichthyosis. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 33, No. 4, pp. 594-595). Taylor & Francis.

60. Baig, R., Bibi, M., Hamid, A., Kausar, S., & Khalid, S. (2020). Deep learning approaches towards skin lesion segmentation and classification from dermoscopic images-a review. *Current Medical Imaging, 16*(5), 513-533.
61. Bakardzhiev, I., & Argirov, A. (2017). New insights into the etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. *Clin Res Dermatol Open Access, 4*(1), 1-5.
62. Bas, Y., Seckin, H. Y., Kalkan, G., Takci, Z., Cital, R., Onder, Y., ... Demir, A. K. (2016). Prevalence and related factors of psoriasis and seborrheic dermatitis: a community-based study. *Turkish journal of medical sciences, 46*(2), 303-309.
63. Berardesca, E., Maibach, H. I., & Wilhelm, K. P. (Eds.). (2013). *Non invasive diagnostic techniques in clinical dermatology*. Springer Science & Business Media.
64. Bokhari, L., Cottle, P., Grimalt, R., Kasprzak, M., Sicińska, J., Sinclair, R., & Tosti, A. (2022). Efficiency of hair detection in hair-to-hair matched trichoscopy. *Skin Appendage Disorders, 8*(5), 382-388.
65. Borda, L. J., & Wikramanayake, T. C. (2015). Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *Journal of clinical and investigative dermatology, 3*(2), 10.
66. Buommino, E., Baroni, A., Papulino, C., Nocera, F. P., Coretti, L., Donnarumma, G., ... & De Martino, L. (2018). Malassezia pachydermatis up-regulates AhR related CYP1A1 gene and epidermal barrier markers in human keratinocytes. *Medical Mycology, 56*(8), 987-993.
67. Carter, J. L., & Heath B. H. (1990). *Somatotyping – development and applications*. Cambridge University Press.
68. Catalano, O., Roldán, F. A., Varelli, C., Bard, R., Corvino, A., & Wortsman, X. (2019). Skin cancer: findings and role of high-resolution ultrasound. *Journal of Ultrasound, 22*, 423-431.
69. Chan, J. C. Y., Chow, C. W., Koh, C. C., Kwan, C. K., & Wat, M. Y. M. (2016). Association Between P Association Between Pediatric Psoriasis and W Psoriasis and Waist-to-Height Ratio in the Absence of Obesity: A Multicenter Australian Study. *Br J Dermatol, 175*, 994-1002.

70. Chen, X., Lu, Q., Chen, C., & Jiang, G. (2021). Recent developments in dermoscopy for dermatology. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 20(6), 1611-1617.
71. Chiu, L. W., & Hu, S. C. S. (2021). Recent advances in noninvasive imaging of the skin—dermoscopy and optical coherence tomography. *Dermatologica Sinica*, 39(3), 115-117.
72. Choon, S. E., Ngim, C. F., Premaa, S., Tey, K. W., & Nalini, M. N. (2016). Clinico-epidemiological profile, including body mass index of Malaysian children with psoriasis. *Med J Malaysia*, 71(4), 171-176.
73. Clark, G. W., Pope, S. M., & Jaboori, K. A. (2015). Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *American family physician*, 91(3), 185-190.
74. Cömert, A., Akbaş, B., Kılıç, E. Z., Akın, Ö., Gökçe, E., Göktuna, Z., & Taşkapan, O. (2013). Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *American journal of clinical dermatology*, 14(4), 335-342.
75. Croce, E. A., Levy, M. L., Adamson, A. S., & Matsui, E. C. (2021). Reframing racial and ethnic disparities in atopic dermatitis in Black and Latinx populations. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 148(5), 1104-1111.
76. de Avelar Breunig, J., de Almeida Jr, H. L., Duquia, R. P., Souza, P. R. M., & Staub, H. L. (2012). Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. *International journal of dermatology*, 51(1), 46-49.
77. Dehghani, F., Dehghani, F., Kafaie, P., & Taghizadeh, M. R. (2017). Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian journal of psychiatry*, 25, 42-45.
78. Deshpande, S. H., Nuchhi, A. B., & Ramesh, V. (2016). Study of palmar dermatoglyphics in patients with eczema in the age group between 20-50 years in both sexes. *Int J Anat Res*, 4(4), 3227-3231.
79. Dessinioti, C., & Katsambas, A. (2013). Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments:: facts and controversies. *Clinics in dermatology*, 31(4), 343-351.

80. Dhamnetiya, D., Goel, M. K., Jha, R. P., Shalini, S., & Bhattacharyya, K. (2022). How to Perform Discriminant Analysis in Medical Research? Explained with Illustrations. *Journal of Laboratory Physicians*.
81. Dmytrenko, S. V., Ahmad Al-Omary Ala'a Osama, Dzevulska, I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of longitudinal and transverse body sizes in men with various forms of eczema. *Reports of Morphology*, 26(4), 16-21.
82. Dmytrenko, S. V., Klimas, L. A., Kushnir, V. A., Serebrennikova, O. A., & Serheta, I. V. (2018). Features of quantitative indicators of finger and palmar dermatoglyphics in males and females with ichthyosis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (32), 48-55.
83. Dmytrenko, S. V., Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dzevulska I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of total, longitudinal and transverse body sizes in men of the general group of patients with mild and severe psoriasis. *Біжнік Вінницького національного медичного університету*, 24(4), 647-652.
84. Doukas, C., Stagkopoulos, P., & Maglogiannis, I. (2015). Skin lesions image analysis utilizing smartphones and cloud platforms. *Mobile Health Technologies: Methods and Protocols*, 435-458.
85. Dréno, B., Jean-Decoster, C., & Georgescu, V. (2016). Profile of patients with mild-to-moderate acne in Europe: a survey. *European Journal of Dermatology*, 26, 177-184.
86. Dréno, B., Thiboutot, D., Layton, A. M., Berson, D., Perez, M., Kang, S., & Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. (2015). Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(6), 1096-1106.
87. Emam, S., Du, A. X., Surmanowicz, P., Thomsen, S. F., Greiner, R., & Gniadecki, R. (2020). Predicting the long-term outcomes of biologics in patients with psoriasis using machine learning. *British Journal of Dermatology*, 182(5), 1305-1307.

88. Engin, B., Kutlubay, Z., Yardımcı, G., Vehid, H. E., Ambarcıođlu, P., Serdarođlu, S., & Tüzün, Y. (2014). Evaluation of body composition parameters in patients with psoriasis. *International journal of dermatology*, 53(12), 1468-1473.
89. Errichetti, E. N. Z. O., Zalaudek, I., Kittler, H., Apalla, Z., Argenziano, G., Bakos, R., ... & Lallas, A. (2020). Standardization of dermoscopic terminology and basic dermoscopic parameters to evaluate in general dermatology (non-neoplastic dermatoses): an expert consensus on behalf of the International Dermoscopy Society. *British Journal of Dermatology*, 182(2), 454-467.
90. Errichetti, E., & Stinco, G. (2016). Dermoscopy in general dermatology: a practical overview. *Dermatology and therapy*, 6(4), 471-507.
91. Eshghi, G., Lohrasbi, F., Soltanian, A., Rezanejad, A., Alirezaei, P., & Khezrian, L. (2016). Effect of Serum Testosterone and Dihydrotestosterone Levels in Patients With Seborrhea. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 23(3), 259-265.
92. Ghosh, S., Dosaev, T., Prakash, J., & Livshits, G. (2017). Quantitative genetic analysis of the body composition and blood pressure association in two ethnically diverse populations. *American Journal of Physical Anthropology*, 162(4), 701-714.
93. Gole, P. V., Chikhalkar, B. G., Chikhalkar, S. B., Haridas, S. V., Sanghavi, S. A., Khopkar, U. S., & Bhinde, K. J. (2018). Dermatoglyphics in Vitiligo. *IJHRMLP*, 4(1), 82-85.
94. Gönül, M., Tatar, İ., Canpolat, F., Kurmus, G. I., Ergin, C., & Hekimođlu, B. (2017). Evaluation of abdominal fat index by ultrasonography and its relationship with psoriasis and metabolic syndrome. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 34(5), 453-456.
95. Gül, A. İ., KArAAslAn, Ö., & Çölgeçen, E. (2017). Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 44(1), 6-9.
96. Gupta, A. K., & Borkotoky, K. (2016). Exploring the multidimensional nature of anthropometric indicators for under-five children in India. *Indian journal of public health*, 60(1), 68.

97. Gupta, C., Gondhi, N. K., & Lehana, P. K. (2019). Analysis and identification of dermatological diseases using Gaussian mixture modeling. *IEEE Access*, 7, 99407-99427.
98. Heymsfield, S. B. (1982). Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. *Am. J. Clin. Nutr.*, 36(4), 680-690.
99. Holmes, A., Marella, P., Rodriguez, C., Glass, II, D., & Goerlich, K. S. (2022). Alexithymia and cutaneous disease morbidity: A systematic review. *Dermatology*, 238(6), 1120-1129.
100. Hu, Y., Zhu, Y., Lian, N., Chen, M., Bartke, A., & Yuan, R. (2019). Metabolic syndrome and skin diseases. *Frontiers in endocrinology*, 10, 788.
101. Jang, Y., Kim, M., & Hwang, S. W. (2020). Molecular mechanisms underlying the actions of arachidonic acid-derived prostaglandins on peripheral nociception. *Journal of Neuroinflammation*, 17, 1-27.
102. Johansson, E. K., Bergström, A., Kull, I., Melén, E., Jonsson, M., Lundin, S., ... & Ballardini, N. (2022). Prevalence and characteristics of atopic dermatitis among young adult females and males – report from the Swedish population-based study BAMSE. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 36(5), 698-704.
103. Kamamoto, C. S. L., Nishikaku, A. S., Gompertz, O. F., Melo, A. S., Hassun, K. M., & Bagatin, E. (2017). Cutaneous fungal microbiome: *Malassezia* yeasts in seborrheic dermatitis scalp in a randomized, comparative and therapeutic trial. *Dermato-endocrinology*, 9(1), e1361573.
104. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Clinical and anamnestic features of men and women with generalized fatty form of seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 443-446.
105. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Transverse body sizes in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 34-39.

106. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko S. V., Shevchuk, Yu. G., Kondratiuk, A. I., & Kryvonis, T. G. (2022). Discriminant models of seborrheic dermatitis possibilities of occurrence and course in men and women depending on the characteristics of anthro-somatotypological parameters. *World of Medicine and Biology*, 2(80), 174-177.

107. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko, S.V., Kizina, I. E., Kyrychenko, Yu. V., & Prokopenko, S. V. (2020). Correlations between the severity of oily skin and the emotional impact of oily skin with anthro-somatotypological parameters of men and women with seborrheic dermatitis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (41), 60-66.

108. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27.

109. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.

110. Khasawneh Ahmad Raed. (2019). Constitutional and psychological features of seborrheic dermatitis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 740-744.

111. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24.

112. Kim, Y. S., Han, K., Lee, J. H., Lee, J. Y., & Park, Y. M. (2019). Can Body mass index and/or waist circumference be the risk factors of chronic spontaneous urticaria?: a nationwide population-based study. *Annals of Dermatology*, 31(4), 482-485.

113. Kjær, C., Larsen, L. K., Sondrup, M. A., Huntjens, P., Fedders, S. R., & Gazerani, P. (2018). ABO blood types in atopic dermatitis: A Danish survey. *Clinical & Experimental Dermatology and Therapies*, 2018(1), CEDT-144.

114. Kontautiene, S., Stang, A., Gollnick, H., & Valiukeviciene, S. (2015). The role of phenotype, body mass index, parental and sun exposure factors in the prevalence of melanocytic nevi among schoolchildren in Lithuania. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(8), 1506-1516.
115. Kukes, V. G., Nikolenko, V. N., Pavlov, C. S., Zharikova, T. S., Marinin, V. F., & Gridin, L. A. (2018). The correlation of somatotype of person with the development and course of various diseases: results of Russian research. *Russian Open Medical Journal*, 7(3), 301.
116. Lallas, A., Giacomel, J., Argenziano, G., García-García, B., González-Fernández, D., Zalaudek, I., & Vázquez-López, F. (2014). Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *British Journal of Dermatology*, 170(3), 514-526.
117. Lapi, F., Cassano, N., Pegoraro, V., Cataldo, N., Heiman, F., Cricelli, I., ... & Vena, G. A. (2016). Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy. *British Journal of Dermatology*, 174(5), 996-1004.
118. Lawton, S., & Turner, V. (2020). Undertaking an assessment of the skin using a holistic approach. *Nursing Times [online]*, 116(10), 44-47.
119. Lech, K., & Reich, A. (2019). High body mass index is a risk factor for acne severity in adolescents: a preliminary report. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 27(2), 81-81.
120. Lee, C. H., Huang, C. C., Huang, J. T., Wang, C. C., Fan, S., Wang, P. S., & Lan, K. C. (2021). Live-interactive teledermatology program in Taiwan: One-year experience serving a district hospital in rural Taitung County. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 422-428.
121. Lee, J., Lee, J., Shin, H., Kim, K. S., Lee, E., Koh, B., & Jang, H. J. (2012). Suggestion of new possibilities in approaching individual variability in appetite through constitutional typology: a pilot study. *BMC complementary and alternative medicine*, 12(1), 1-8.

122. Lewallen, R., Clark, A., & Feldman, S. R. (Eds.). (2014). *Clinical handbook of contact dermatitis: diagnosis and management by body region*. CRC Press.
123. Li, S., Cho, E., Drucker, A. M., Qureshi, A. A., & Li, W. Q. (2017). Obesity and risk for incident rosacea in US women. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(6), 1083-1087.
124. Liu, Y., Jain, A., Eng, C., Way, D. H., Lee, K., Bui, P., ... & Coz, D. (2020). A deep learning system for differential diagnosis of skin diseases. *Nature medicine*, 26(6), 900-908.
125. Loing, E., Lamarque, E., & Borel, M. (2017). New targets in the battle against dandruff. *Journal of Cosmetic Science*, 68(1), 107-113.
126. Lønnberg, A. S., Skov, L., Skytthe, A., Kyvik, K. O., Pedersen, O. B., & Thomsen, S. F. (2016). Association of psoriasis with the risk for type 2 diabetes mellitus and obesity. *JAMA dermatology*, 152(7), 761-767.
127. Lu, L., Lai, H. Y., Pan, Z., Wu, Z., Chen, W., & Ju, Q. (2017). Obese/overweight and the risk of acne vulgaris in Chinese adolescents and young adults. *Hong Kong J Dermatol Venereol*, 25(1), 5-12.
128. Maievskiy, O. Y., Dmitrenko, S. V., Terekhovska, O. I., Cherepakha, O. L., & Ocheretna, O. L. (2017). Distribution variants of somatotype in healthy and patients with acne boys and girls from Podilsky region of Ukraine. *Світ медицини та біології*, 13(4(62)), 24-27.
129. Mateshuk-Vatseba, L. R., & Chaplyk-Chyzho, I. O. (2018). The most pronounced constitutional differences between healthy and sick with pyoderma in men or women in the western region of Ukraine. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (30), 20-26.
130. Matiegka J. (1921). The testing of physical effeciency. *Amer. J. Phys. Antropol.*, 2(3), 25-38.
131. Merve, H. M., Sevilay, K., & Sibel, O. (2017). *Psoriasis and genetics*. Büyük Başak (Tran.), Psoriasis, K. Sevilay, Ed, 1.
132. Micali, G., Veraldi, S., Kwong, C. W., & Suh, D. H. (2015). *Seborrheic Dermatitis*. 1st ed. Gurgaon (India): Macmillan Medical Communication.

133. Morand, S. C., Bertignac, M., Iltis, A., Kolder, I. C., Pirovano, W., Jourdain, R., & Clavaud, C. (2019). Complete genome sequence of *Malassezia restricta* CBS 7877, an opportunist pathogen involved in dandruff and seborrheic dermatitis. *Microbiology Resource Announcements*, 8(6), 10-1128.
134. Nikityuk, D. B. (2018). Anthroponutriciology as a New Scientific Direction. *Journal of Anatomy and Histopathology*, 7, 9-19.
135. Nikolenko, V. N., Nikityuk, D. B., & Klochkova, S. V. (2017). *Somatic constitution and clinical medicine*. Practical Medicine, Moscow.
136. Nobles, T., Muse, M. E., & Schmieder, G. J. (2021). *Dermatographism*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 19.
137. Nowowiejska, J., Baran, A., & Flisiak, I. (2023). Lipid Alterations and Metabolism Disturbances in Selected Inflammatory Skin Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(8), 7053.
138. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kondratiuk, A. I., Golubovsky, I. A., & Rekun, T. O. (2021). Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 24-28.
139. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.
140. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Maievskyi, O. Ye., Glushak A. A., Olkhova, I. V., & Chaika, H. V. (2021). Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Reports of Morphology*, 27(4), 35-40.
141. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Stepanenko V. I., Krivonis, T. G., Shkolnikov, V. S., & Prokopenko, S. V. (2021). Peculiarities of expression indicators and accentuated personality traits in men with psoriasis without taking into account somatotype and in representatives of meso- and endo-mesomorphic somatotypes. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 540-544.

142. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.
143. Olsen, J., Holmes, J., & Jemec, G. B. (2018). Advances in optical coherence tomography in dermatology – a review. *Journal of biomedical optics*, 23(4), 040901-040901.
144. Önder, S., & Etgü, F. Y. (2021). Is There An Association Between Blood Group Types And Chronic Spontaneous Urticaria?. *Int J Acad Med Pharm*, 3(3), 208-211.
145. Orun, A. B., Goodyer, E., & Smith, G. (2018). 3D non-invasive inspection of the skin lesions by close-range and low-cost photogrammetric techniques. *Image Analysis & Stereology*, 37(1), 63-70.
146. Ozgul, A., Altunisik, N., Turkmen, D., & Sener, S. (2023). The relationship between seborrheic dermatitis and body composition parameters. *Northern Clinics of Istanbul*, 10(2), 271-276.
147. Park, S. Y., Kwon, H. H., Min, S., Yoon, J. Y., & Suh, D. H. (2016). Clinical manifestation and associated factors of seborrheic dermatitis in Korea. *European Journal of Dermatology*, 26(2), 173-176.
148. Park, T., Kim, H. J., Myeong, N. R., Lee, H. G., Kwack, I., Lee, J., ... & An, S. (2017). Collapse of human scalp microbiome network in dandruff and seborrheic dermatitis. *Experimental dermatology*, 26(9), 835-838.
149. Patterson, S. L., Schmajuk, G., Jafri, K., Yazdany, J., & Katz, P. (2019). Obesity is independently associated with worse patient-reported outcomes in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis care & research*, 71(1), 126-133.
150. Paulino, L. C. (2017). New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. *European Journal of Dermatology*, 27(1), 4-7.
151. Pedrazzani, M., Breugnot, J., Rouaud-Tinguely, P., Cazalas, M., Davis, A., Bordes, S., ... & Closs, B. (2020). Comparison of line-field confocal optical coherence tomography images with histological sections: validation of a new method

for in vivo and non-invasive quantification of superficial dermis thickness. *Skin Research and Technology*, 26(3), 398-404.

152. Pereira, S., Katzmarzyk, P. T., Gomes, T. N., Souza, M., Chaves, R. N., Santos, F. K. D., ... & Maia, J. A. (2017). Multilevel modelling of somatotype components: the Portuguese sibling study on growth, fitness, lifestyle and health. *Annals of human biology*, 44(4), 316-324.

153. Polańska, A., Dańczak-Pazdrowska, A., Jałowska, M., Żaba, R., & Adamski, Z. (2017). Current applications of high-frequency ultrasonography in dermatology. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 34(6), 535-542.

154. Pouradier, F., Liu, C., Wares, J., Yokoyama, E., Collaudin, C., Panhard, S., ... & Loussouarn, G. (2017). The worldwide diversity of scalp seborrhoea, as daily experienced by seven human ethnic groups. *International Journal of Cosmetic Science*, 39(6), 629-636.

155. Purnamawati, S., Indrastuti, N., Danarti, R., & Saefudin, T. (2017). The Role of Moisturizers in Addressing Various Kinds of Dermatitis: A Review. *Clinical medicine & research*, 15(3-4), 75-87.

156. Ramos-e-Silva, M., Sampaio, A. L., & Carneiro, S. (2014). Red face revisited: Endogenous dermatitis in the form of atopic dermatitis and seborrheic dermatitis. *Clinics in dermatology*, 32(1), 109-115.

157. Rather, P. A., Hassan, I., Naaz, S., Rasool, F., & Reshi, R. (2016). Evaluation of ABO blood types in various dermatoses in Kashmiri population: A case-control study. *Journal of Pakistan Association of Dermatology*, 24(3), 224-230.

158. Ravn, A. H., Thyssen, J. P., & Egeberg, A. (2017). Skin disorders in Parkinson's disease: potential biomarkers and risk factors. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 10, 87-92.

159. Roberts, G. H., Santorico, S. A., & Spritz, R. A. (2020). Deep genotype imputation captures virtually all heritability of autoimmune vitiligo. *Human molecular genetics*, 29(5), 859-863.

160. Samantha, L. S., Indermeet, K., & Iltefat, H. (2019). Emerging imaging technologies in dermatology: part I: basic principles. *J Am Acad Dermatol*, *80*, 1114-1120.
161. Sanders, M. G. H., Pardo, L. M., Franco, O. H., Ginger, R. S., & Nijsten, T. (2018). Prevalence and determinants of seborrhoeic dermatitis in a middle-aged and elderly population: the Rotterdam Study. *British Journal of Dermatology*, *178*(1), 148-153.
162. Sanders, M. G., Pardo, L. M., Ginger, R. S., Kiefte-de Jong, J. C., & Nijsten, T. (2019). Association between diet and seborrhoeic dermatitis: a cross-sectional study. *Journal of Investigative Dermatology*, *139*(1), 108-114.
163. Sanyal, R. D., Pavel, A. B., Glickman, J., Chan, T. C., Zheng, X., Zhang, N., ... & Guttman-Yassky, E. (2019). Atopic dermatitis in African American patients is TH2/TH22-skewed with TH1/TH17 attenuation. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *122*(1), 99-110.
164. Scafoglieri, A., Clarys, J. P., Cattrysse, E., & Bautmans, I. (2014). Use of anthropometry for the prediction of regional body tissue distribution in adults: benefits and limitations in clinical practice. *Aging and disease*, *5*(6), 373-393.
165. Sciolla, B., Le Digabel, J., Josse, G., Dambry, T., Guibert, B., & Delachartre, P. (2018). Joint segmentation and characterization of the dermis in 50 MHz ultrasound 2D and 3D images of the skin. *Computers in Biology and Medicine*, *103*, 277-286.
166. Shalom, G., Magen, E., Babaev, M., Tiosano, S., Vardy, D. A., Linder, D., ... & Cohen, A. D. (2018). Chronic urticaria and the metabolic syndrome: a cross-sectional community-based study of 11 261 patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *32*(2), 276-281.
167. Shi, V. Y., Leo, M., Hassoun, L., Chahal, D. S., Maibach, H. I., & Sivamani, R. K. (2015). Role of sebaceous glands in inflammatory dermatoses. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *73*(5), 856-863.

168. Snast, I., Dalal, A., Twig, G., Astman, N., Kedem, R., Levin, D., ... & Levi, A. (2019). Acne and obesity: a nationwide study of 600,404 adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *81*(3), 723-729.
169. Sobhan, M., Nazari, F., & Mohammadi, Y. (2020). Correlation between seborrheic dermatitis and metabolic syndrome in patients referred to sina hospital of Hamadan. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, *27*(1), 13-20.
170. Soria, A., Du-Thanh, A., Amsler, E., Raison-Peyron, N., Mathelier-Fusade, P., Staumont-Sallé, D., ... & Puymirat, E. (2018). Obesity is not associated with severe chronic urticaria in a French cohort. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, *32*(6), e247-e249.
171. Tanaka, A., Cho, O., Saito, C., Saito, M., Tsuboi, R., & Sugita, T. (2016). Comprehensive pyrosequencing analysis of the bacterial microbiota of the skin of patients with seborrheic dermatitis. *Microbiology and immunology*, *60*(8), 521-526.
172. Taşkapan, O., & Harmanyeri, Y. (2006). Evaluation of patients with symptomatic dermographism. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *20*(1), 58-62.
173. Terzi, E., Türsen, B., Dursun, P., Erdem, T., & Türsen, Ü. (2016). The relationship between ABO blood groups and acne vulgaris. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, *4*(1), 26-28.
174. Themstrup, L., Welzel, J., Ciardo, S., Kaestle, R., Ulrich, M., Holmes, J., ... & Jemec, G. B. E. (2016). Validation of dynamic optical coherence tomography for non-invasive, in vivo microcirculation imaging of the skin. *Microvascular research*, *107*, 97-105.
175. Tognetti, L., Bonechi, S., Andreini, P., Bianchini, M., Scarselli, F., Cevenini, G., ... & Cartocci, A. (2021). A new deep learning approach integrated with clinical data for the dermoscopic differentiation of early melanomas from atypical nevi. *Journal of Dermatological Science*, *101*(2), 115-122.
176. Uppal, S. K., Beer, J., Hadeler, E., Gitlow, H., & Nouri, K. (2021). The clinical utility of teledermoscopy in the era of telemedicine. *Dermatologic therapy*, *34*(2), e14766.

177. Vest, B. E., & Krauland, K. (2022). *Malassezia Furfur*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
178. Victoire, A., Magin, P., Coughlan, J., & Van Driel, M. L. (2019). Interventions for infantile seborrhoeic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD011380.
179. Wan, B., Ganier, C., Du-Harpur, X., Harun, N., Watt, F. M., Patalay, R., & Lynch, M. D. (2021). Applications and future directions for optical coherence tomography in dermatology. *British Journal of Dermatology*, 184(6), 1014-1022.
180. Wan, D. C., Wong, V. W., Longaker, M. T., Yang, G. P., & Wei, F. C. (2014). Moisturizing different racial skin types. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 7(6), 25-32.
181. Widaty, S., Pusponegoro, E. H., Rahmayunita, G., Astriningrum, R., Akhmad, A. M., Oktarina, C., ... & Agustin, T. (2019). Applicability of trichoscopy in scalp seborrheic dermatitis. *International journal of trichology*, 11(2), 43-48.
182. Yamashita, Y., Okano, Y., Ngo, T., Buche, P., Sirvent, A., Girard, F., & Masaki, H. (2012). Differences in susceptibility to oxidative stress in the skin of Japanese and French subjects and physiological characteristics of their skin. *Skin pharmacology and physiology*, 25(2), 78-85.
183. Zander, N., Sommer, R., Schäfer, I., Reinert, R., Kirsten, N., Zyriax, B. C., ... & Augustin, M. (2019). Epidemiology and dermatological comorbidity of seborrhoeic dermatitis: population-based study in 161 269 employees. *British Journal of Dermatology*, 181(4), 743-748.
184. Zbiciak-Nylec, M., Wcisło-Dziadecka, D., Kasprzyk, M., Kulig, A., Laszczak, J., Noworyta, M., ... & Brzoza, Z. (2018). Overweight and obesity may play a role in the pathogenesis of chronic spontaneous urticaria. *Clinical and experimental dermatology*, 43(5), 525-528.

ДОДАТКИ

Додаток А

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

1. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Clinical and anamnestic features of men and women with generalized fatty form of seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 443-446.
2. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27.
3. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24.
4. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.
5. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko S. V., Shevchuk, Yu. G., Kondratiuk, A. I., & Kryvonis, T. G. (2022). Discriminant models of seborrheic dermatitis possibilities of occurrence and course in men and women depending on the characteristics of anthro-somatotypological parameters. *World of Medicine and Biology*, 2(80), 174-177.
6. Khasawneh Ahmad Raed. (2019). Constitutional and psychological features of seborrheic dermatitis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(4), 740-744.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

7. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості кефалометричних параметрів в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 10th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (June 25-27, 2023), Munich (pp. 50-55). MDPC Publishing. Munich, Germany.

8. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості поздовжніх розмірів тіла в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 6th International scientific and practical conference “European scientific congress” (July 10-12, 2023), Madrid (pp. 58-60). Barsa Academy Publishing. Madrid, Spain.

9. Хасавнех, А. Р. (2023). Особливості тотальних розмірів тіла та розподілу соматотипів в українських чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості. The 11th International scientific and practical conference “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (July 23-25, 2023), Munich (pp. 58-60). MDPC Publishing. Munich, Germany.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ДОДАТКОВО ВІДОБРАЖАЮТЬ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

10. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko, S.V., Kizina, I. E., Kyrychenko, Yu. V., & Prokopenko, S. V. (2020). Correlations between the severity of oily skin and the emotional impact of oily skin with anthro-somatotypological parameters of men and women with seborrheic dermatitis. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (41), 60-66.

11. Khasawneh Ahmad Raed (2021). Transverse body sizes in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 34-39.

Апробація результатів дисертації:

- науково-практичній конференції «Київські дерматологічні дні 2021» (м. Київ, 29 жовтня 2021) – стендова доповідь;
- IV (XI) З'їзді Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів (м. Київ, 3-4 листопада 2021) – стендова доповідь;
- науково-практичній конференції «Київські дерматологічні дні 2022» (м. Київ, 8-9 червня 2022) – стендова доповідь;
- науково-практичній конференції «Точки Дотику в дерматології та алергології» (м. Київ, 7 липня 2022) – стендова доповідь;
- науково-практичній конференції «Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі» (м. Чернівці, 29-30 вересня 2022) – стендова доповідь;
- науково-практичній конференції «Київські алергологічні дні 2022» (м. Київ, 12-13 жовтня 2022) – стендова доповідь;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання дерматовенерологічної допомоги в Україні» (м. Київ, 1-2 грудня 2022) – стендова доповідь;
- X Міжнародній науково-практичній конференції “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (м. Мюнхен, 25-27 червня 2023) – публікація;
- VI Міжнародній науково-практичній конференції “European scientific congress” (м. Мадрид, 10-12 липня 2023) – публікація;
- XI Міжнародній науково-практичній конференції “Scientific progress: innovations, achievements and prospects” (м. Мюнхен, 23-25 липня 2023) – публікація.

Додаток Б

Акти впроваджень

«Затверджую»

В.о. ректора Вінницького національного
медичного університету ім. М. І. Пирогова
професор

Пеструшенко В.В.

« 28 » _____ 2023 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення та перебігу себорейного дерматиту: клінічні та антропо-соматотипологічні аспекти».

1. Автор: Хасавнєх Ахмад Расд, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше у хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості чоловіків, порівняно з практично здоровими чоловіками, встановлені більші значення м'язового компоненту маси тіла за методиками Matiegka та AIX, а також менші значення жирового компоненту маси тіла; а у хворих різного ступеня важкості жінок – більші значення мезоморфного компоненту соматотипу, м'язового компоненту маси тіла за методиками Matiegka та AIX, кісткового компоненту маси тіла (лише з важким ступенем), а також менші значення жирового компоненту маси тіла (лише з легким ступенем). Між чоловіками або жінками хворими на себорейний дерматит різного ступеня важкості не встановлено достовірних або тенденцій розбіжностей компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла. При аналізі проявів статевого диморфізму досліджуваних параметрів тіла між хворими на себорейний дерматит чоловіками та жінками встановлені більші значення у чоловіків (незалежно від важкості захворювання) м'язового компоненту маси тіла за методиками Matiegka та AIX і кісткового компоненту маси тіла. На основі антропометричних показників розроблені достовірні дискримінантні моделі, що дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення генералізованої жирної форми себорейного дерматиту в українських чоловіків і жінок (відповідно коректність 87,7 % і 91,8 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,063 і 0,174). До складу побудованих моделей у чоловіків найбільш часто входять обхватні розміри тіла (42,8 %) та товщина шкірно-жирових складок (28,6 %); у жінок – товщина шкірно-жирових складок (42,8 %) і діаметри тіла (28,6 %). В побудованих моделях найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків вносять обхвати плеча в напруженому та ненапруженому стані, а у жінок – товщина шкірно-жирової складки на стегні та ширина плечей.

3. Актуальність дослідження:

Себорейний дерматит вважають мультифакторіальним, що включає екзогенні та ендогенні детермінанти. Конституціональним маркером себорейного дерматиту є статура:

загальні розміри тіла, соматотип, ступінь розвитку та топографія підшкірного жиру. Надмірна маса тіла, низький зріст – один із основних факторів ризику розвитку даного захворювання у різних етнотериторіальних групах. Патогенетичний зв'язок абдомінального ожиріння з себорейним дерматитом простежується досить чітко: ступінь виразності шкірних проявів у хворих із надмірною масою тіла реєструються значно частіше, ніж у осіб із нормальною вагою. У проведених раніше дослідженнях вивчалися окремі предиктори клінічного прогнозу хворих на себорейний дерматит, і практично відсутні роботи, в яких проводився б комплексний аналіз клініко-антропометричних предикторів, що дозволило б об'єктивізувати віддалений прогноз для цієї категорії хворих.

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

5. Джерела інформації:

1. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.

2. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko S. V., Shevchuk, Yu. G., Kondratiuk, A. I., & Kryvonis, T. G. (2022). Discriminant models of seborrheic dermatitis possibilities of occurrence and course in men and women depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *World of Medicine and Biology*, 2(80), 174-177.

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

Початок впровадження: лютий 2023 р. – серпень 2023 р.

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

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

Відповідальний за впровадження:

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



С. А. Бондар

Додаток Б2

«Затверджую»

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

д.мед.наук, проф.  Науменко О. М.



09 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення та перебігу себорейного дерматиту: клініко-інструментальні та антропо-соматотипологічні аспекти».

1. Автор: Хасавнех Ахмад Раед, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження:

Уперше у хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості чоловіків, порівняно з практично здоровими чоловіками, встановлені більші значення м'язового компоненту маси тіла, а також менші значення жирового компоненту маси тіла. У хворих різного ступеня важкості жінок порівняно з практично здоровими жінками, встановлені більші значення мезоморфного компоненту соматотипу, м'язового компоненту маси тіла, кісткового компоненту маси тіла (лише з важким ступенем), а також менші значення жирового компоненту маси тіла (лише з легким ступенем). Між хворими на себорейний дерматит різного ступеня важкості українськими чоловіками та жінками встановлені виражені прояви статевого диморфізму компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла – більші значення у чоловіків (незалежно від важкості захворювання) м'язового компоненту маси тіла і кісткового компоненту маси тіла.

Уперше на основі розмірів тіла розроблені достовірні дискримінантні моделі дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення генералізованої жирної форми себорейного дерматиту як у чоловіків (коректність 87,7 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,063; $p<0,001$), так і у жінок (коректність 91,8 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,174; $p<0,001$). Достовірна дискримінація ступеня важкості себорейного дерматиту на основі особливостей встановлених антропометричних показників як у чоловіків, так і у жінок неможлива. До складу побудованих дискримінантних рівнянь у чоловіків найбільш часто входять обхватні розміри тіла (42,8 %) та товщина шкірно-жирових складок (28,6 %); у жінок – товщина шкірно-жирових складок (42,8 %) і діаметри тіла (28,6 %).

3. Актуальність дослідження: За останнє десятиріччя у медицині намітилася тенденція до персоналізації підходів у діагностиці і лікуванні дерматологічних захворювань. У цьому ключі одним із напрямів підвищення ефективності лікування себорейного дерматиту є рішення задач прогнозування. Прогнозу наслідків і перебігу захворювання – важливий елемент лікувально-діагностичного процесу. Встановлений прогноз у значній мірі

визначає стратегію та тактику лікування відповідно до спрогнозованого періоду перебігу. Відомо, що до прогнозування варіантів перебігу хвороби можна підійти з різних математичних позицій. З математичного погляду в цьому випадку потрібно вирішити задачу розпізнавання образів у багатовимірному просторі ознак. Зазвичай перебіг хвороби характеризується наявністю або відсутністю загострення (період загострення та період поза загостренням). Враховуючи зазначене вище, особливої актуальності набуває своєчасне формування груп високого ризику розвитку дерматиту та створення прогностичних моделей, що дозволить вчасно визначити ймовірність виникнення важких форм у кожного окремого пацієнта, призначити диференційовану профілактику та адекватну терапію для забезпечення зменшення кількості ускладнень і хронізації процесу.

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

5. Джерела інформації:

1. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.

2. Khasawneh Ahmad Raed, Dmytrenko S. V., Shevchuk, Yu. G., Kondratiuk, A. I., & Kryvonis, T. G. (2022). Discriminant models of seborrheic dermatitis possibilities of occurrence and course in men and women depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *World of Medicine and Biology*, 2(80), 174-177.

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

Початок впровадження: січень 2023 р. – вересень 2023 р.

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

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

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри дерматології

та венерології з курсом косметології

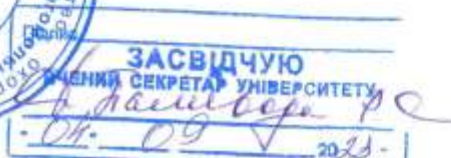
НМУ імені О. О. Богомольця

Член-кореспондент НАМН України

д.мед.н., професор



Віктор Іванович Степаненко



Додаток БЗ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного
медичного університету, доцент


Воледимир ХОДОРОВСЬКИЙ
«06» _____ 2023 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** Особливості виникнення та перебігу себорейного дерматиту: клінічні та антропо-соматотипологічні аспекти.
2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова.
3. **Автор впровадження:** Хасавнех Ахмад Раед Ахмед, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова.
4. **Джерела інформації:** 1) Khasawneh Ahmad Raed (2021). Clinical and anamnestic features of men and women with generalized fatty form of seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 443-446.
2) Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27.
3) Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24.
5. **Де впроваджено:** у навчальний процес на кафедрі дерматовенерології Буковинського державного медичного університету МОЗ України.
6. **Термін впровадження:** березень 2022 р. – вересень 2023 р.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес зі студентами спеціальності “Медицина”, лікарями-інтернами і лікарями-слухачами спеціальності “Дерматовенерологія” при викладанні питань етіопатогенезу та перебігу себорейного дерматиту.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань/вмінь студентів спеціальності “Медицина”, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів спеціальності “Дерматовенерологія” з питань етіопатогенезу та перебігу себорейного дерматиту.

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

«06» _____ 09 _____ 2023 р.



Ольга ДЕНИСЕНКО

Додаток Б5

«Затверджую»

Начальник військово-медичного клінічного
центру імені М. І. Пирогова регіону
поліовник м.с.

Пашковський С.М.

_____ 2023 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Особливості виникнення та перебігу себорейного дерматиту: клініко-інструментальні та антропо-соматотипологічні аспекти».

1. Автор: Хасавнех Ахмад Раед, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше у хворих на себорейний дерматит різного ступеня важкості чоловіків і жінок, порівняно з практично здоровими чоловіками та жінками, встановлені відмінності конституціональних параметрів тіла. Також встановлені виражені прояви статевого диморфізму розмірів тіла між хворими на себорейний дерматит різного ступеня важкості українськими чоловіками та жінками.

3. Актуальність дослідження: Себорейний дерматит належить до мультифакторіальних захворювань із складним та багатограним патогенезом. Роботи останніх років віддзеркалюють участь в патогенезі дерматозу практично всіх інтегруючих систем організму та головних ланок його базових функціональних систем. У фенотиповому прояві даного захворювання залучені як екзогенні (фізико-хімічні, біологічні), так і ендогенні (нервова система, генетична схильність та імунні порушення) фактори. Патогенетичні механізми дерматиту поліморфні та не суперечать, а доповнюють один одного. Враховуючи найчастішу маніфестацію себорейного дерматиту в молодому працездатному віці та у третині випадків тяжкий, безперервно рецидивуючий перебіг, наявність безлічі терапевтичних підходів, жоден з яких не гарантує ефекту лікування та відсутності рецидивів, виникає потреба у пошуку прогностичних ознак, необхідних для адекватної корекції терапії та своєчасної профілактики загострень.

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

5. Джерела інформації: 1. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Belik, N. V., Dovhan, A. O., & Zhuchenko, I. I. (2021). Girth body dimensions in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 27(4), 22-27.

2. Khasawneh, A. R., Dmytrenko, S. V., Serheta, I. V., Bondar, S. A., & Anfilova, M. R. (2022). Skinfold thickness in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Reports of Morphology*, 28(2), 20-24.

3. Khasawneh Ahmad Raed, Serheta, I. V., Vadzyuk, S. N., Khapitska, O. P., & Bondar, S. A. (2022). Somatotypological parameters of the body in men and women with seborrheic dermatitis of varying severity. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 26(2), 209-214.

6. Ким і коли впроваджено: шкіряно-венерологічне відділення з палатами для хворих грибковими та венерологічними захворюваннями клініки інфекційних захворювань військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Термін впровадження: лютий 2023 р. – серпень 2023 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів дерматовенерологів шкіряно-венерологічного відділення з палатами для хворих грибковими та венерологічними захворюваннями клініки інфекційних захворювань військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

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

Відповідальний за впровадження:

Начальник шкіряно-венерологічного відділення
військово-медичного клінічного
центру Центрального регіону
підполковник м/с

Ганна ГОРЧУК

Додаток В

Клініко-анамнестичні показники у чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості.

В таблицях додатка:

ЛС – легкий ступінь;

ТС – тяжкий ступінь;

t – тенденції різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками;

$p_{з-лс}$ – достовірність різниці значень показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості;

$p_{з-тс}$ – достовірність різниці значень показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит тяжкого ступеня тяжкості;

$p_{лс-тс}$ – достовірність різниці значень показників між хворими на себорейний дерматит легкого та тяжкого ступеня тяжкості;

* – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,05$;

** – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,01$;

*** – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,001$.

Таблиця В.1

Порівняння характеру праці між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Характер праці	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		$p_{з-лс}$	$p_{з-тс}$	$p_{лс-тс}$
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Фізичний	30 ^t	65 ^{***}	35 [*]	0,0808	0,7862	0,0654
Розумовий	30	10	25	0,1768	0,7725	0,2195
Змішаний	40	25	40	0,4052	1,0000	0,3176

Продовження табл. В.1

Характер праці	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Фізичний	0	5	5	0,4780	0,4780	1,0000
Розумовий	70t	55**	45	0,4358	0,2063	0,5309
Змішаний	30	40	50	0,5963	0,3063	0,5288

Таблиця В.2

Порівняння наявності алергічних реакцій між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Алергічні реакції	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	90	90	95	1,0000	0,6088	0,5519
Наявні	10	10	5	1,0000	0,6088	0,5519
Алергічні реакції	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	90	100	90	0,1614	1,0000	0,1550
Наявні	10	0	10	0,1614	1,0000	0,1550

Таблиця В.3

Порівняння наявності факторів впливу на шкіру між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактори впливу на шкіру	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	10	5	5	0,6088	0,6088	1,0000
Наявні	90	95	95	0,6088	0,6088	1,0000
Фактори впливу на шкіру	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	40	15	0	0,1382	0,0051	0,0797
Наявні	60	85	100	0,1382	0,0051	0,0797

Таблиця В.4

Порівняння наявності стресу між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактор стресу	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	40	60	50	0,3095	0,6088	0,5288
Наявний	60*	40	50	0,3095	0,6088	0,5288
Фактор стресу	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	90*	70	60	0,2323	0,1021	0,5113
Наявний	10	30	40	0,2323	0,1021	0,5113

Таблиця В.5

Порівняння наявності температурного фактору між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Температурний фактор	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	60	40	50**	0,3095	0,6088	0,5288
Наявний	40	60	50	0,3095	0,6088	0,5288
Температурний фактор	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	80	50	10	0,1251	0,0007	0,0088
Наявний	20	50	90**	0,1251	0,0007	0,0088

Таблиця В.6

Порівняння наявності фактору сезонності між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактор сезонності	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	85	65	0,2073	0,0415	0,1523

Продовження табл. В.6

Наявний	0	15	35	0,2073	0,0415	0,1523
Фактор сезонності	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себореїний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	80	80	80	1,0000	1,0000	1,0000
Наявний	20	20	20	1,0000	1,0000	1,0000

Таблиця В.7

Порівняння наявності фактору вологості повітря між здоровими та хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактор вологості повітря	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себореїний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	80	40	70	0,0478	0,5640	0,0641
Наявний	20	60	30	0,0478	0,5640	0,0641
Фактор вологості повітря	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себореїний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	60	55	0,0269	0,0171	0,7508
Наявний	0	40	45	0,0269	0,0171	0,7508

Таблиця В.8

Порівняння наявності хімічних речовин між здоровими та хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактор хімічних речовин	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себореїний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	100	100*	1,0000	1,0000	1,0000
Наявний	0	0	0	1,0000	1,0000	1,0000
Фактор хімічних речовин	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себореїний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	95	70	0,4780	0,0630	0,0443
Наявний	0	5	30*	0,4780	0,0630	0,0443

Таблиця В.9

Порівняння наявності інсоляції між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Фактор інсоляції	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	85	70	0,2073	0,0630	0,2631
Наявний	0	15	30	0,2073	0,0630	0,2631
Фактор інсоляції	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутній	100	85	65	0,2073	0,0415	0,1523
Наявний	0	15	35	0,2073	0,0415	0,1523

Таблиця В.10

Порівняння наявності шкідливих звичок між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Шкідливі звички	Здорові чоловіки (n=10)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	50	10	45	0,0212	0,7977	0,0177
Куріння	50	90***	55**	0,0212	0,7977	0,0177
Алкоголь	0	0	0	1,0000	1,0000	1,0000
Шкідливі звички	Здорові жінки (n=10)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Відсутні	70	70***	90**	1,0000	0,1768	0,1221
Куріння	30	30	10	1,0000	0,1768	0,1221
Алкоголь	0	0	0	1,0000	1,0000	1,0000

Таблиця В.11

Наявність спадковості у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Спадковість	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутня	100*	85	0,0797	75	70	0,7252
Наявна	0	15	0,0797	25*	30	0,7252

Таблиця В.12

Наявність супутніх захворювань у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Супутні захворювання	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутні	95	5	0,0000	100	0	0,0000
Акне	5	65	0,0003	0	75	0,0000
Розацеа	0	25	0,0219	0	25	0,0219
Себор. кератома	0	5	0,3176	0	0	1,0000

Таблиця В.13

Наявність свербіжу у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Свербіж	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутній	30	45	0,3334	50	50	1,0000
Наявний	70	55	0,3334	50	50	1,0000

Таблиця В.14

Наявність жирності шкіри у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Жирність шкіри	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутня	10	5	0,5519	15	0	0,0797
Наявна	90	95	0,5519	85	100	0,0797

Таблиця В.15

Наявність відчуття бруду на шкірі у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Відчуття бруду на шкірі	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутнє	85	40t	0,0056	85	15	0,0001
Наявне	15	60	0,0056	15	85t	0,0001

Таблиця В.16

Наявність локалізації процесу на верхній частині голови у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Локалізація на в/ч голови	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутня	55	65	0,5225	90*	75	0,2195
Наявна	45*	35	0,5225	10	25	0,2195

Таблиця В.17

Наявність локалізації процесу на обличчі у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Локалізація на обличчі	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутня	5	0	0,3176	20	0	0,0417
Наявна	95	100	0,3176	80	100	0,0417

Таблиця В.18

Наявність локалізації процесу на тулубі у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Локалізація на тулубі	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутня	95	35	0,0003	95	60	0,0117
Наявна	5	65	0,0003	5	40	0,0117

Таблиця В.19

Наявність еритематозних плям у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Еритематозні плями	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутні	15	30	0,2631	5	25	0,0845
Наявні	85	70	0,2631	95	75	0,0845

Таблиця В.20

Наявність еритематозних бляшок у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Еритематозні бляшки	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутні	90	50	0,0088	100	40	0,0002
Наявні	10	50	0,0088	0	60	0,0002

Таблиця В.21

Наявність сальних лусочок у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Сальні лусочки	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		р _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутні	20*	70	0,0029	0	70	0,0000
Наявні	80	30	0,0029	100*	30	0,0000

Таблиця В.22

Наявність сальних лусочок-кірок у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Сальні лусочки-кірки	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутні	80	25	0,0013	100*	30	0,0000
Наявні	20*	75	0,0013	0	70	0,0000

Таблиця В.23

Наявність червоного дермографізму у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Червоний дермографізм	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутній	50	50	1,0000	40	45	0,7508
Наявний	50	50	1,0000	60	55	0,7508

Таблиця В.24

Наявність білого дермографізму у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Білий дермографізм	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутній	75	95	0,0845	90	95	0,5519
Наявний	25	5	0,0845	10	5	0,5519

Таблиця В.25

Наявність змішаного дермографізму у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Змішаний дермографізм	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутній	75	55	0,1928	70	60	0,5113
Наявний	25	45	0,1928	30	40	0,5113

Таблиця В.26

Наявність симптому Картамишева у хворих на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіків і жінок (%).

Симптом Картамишева	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}	Жінки хворі на себорейний дерматит		p _{лс-тс}
	ЛС (n=20)	ТС (n=20)		ЛС (n=20)	ТС (n=20)	
Відсутній	90	95	0,5519	100	100	1,0000
Наявний	10	5	0,5519	0	0	1,0000

Додаток Г

Порівняння антропо-соматотипологічних показників між здоровими та хворими на себореїний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками.

В таблицях додатка:

ЛС – легкий ступінь;

ТС – тяжкий ступінь;

ACR – ширина плечей (см);

ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);

ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);

ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);

ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);

ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);

B_DL_GL – найбільша довжина голови (см);

B_SH_GL – найбільша ширина голови (см);

CONJ – поверхнева кон'югата (см);

CRIS – міжгребенева відстань (см);

DM – жировий компонент маси тіла (кг).

EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);

EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);

EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);

EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);

FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал);

GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);

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

GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);

GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);

GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);

GL – товщина складки під нижнім кутом лопатки (мм);

GPPL – товщина складки на передній поверхні плеча (мм);
GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм);
GZPL – товщина складки на задній поверхні плеча (мм);
H – довжина тіла (см);
LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал);
MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал);
MA – м'язовий компонент маси тіла за АІХ (кг);
N_SH_GL – найменша ширина голови (см);
OB_GL – обхват голови (см);
OBV – обхват стегна (см);
OBVV – обхват стегон (см);
OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см);
OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см);
OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);
OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см);
OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
OBK – обхват кисті (см);
OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см);
OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);
OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);
OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);
OBS – обхват стопи (см);
OBSh – обхват шиї (см);
OBT – обхват талії (см);
OM – кістковий компонент маси тіла (кг);
PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
S – площа поверхні тіла (м²);
SAG_DUG – сагітальна дуга черепа (см);

SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);

SPIN – міжостьова відстань (см);

SH_LICA – ширина обличчя (см);

SH_N_CH – ширина нижньої щелепи (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

W – маса тіла (кг);

t – тенденції різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками;

$p_{з-лс}$ – достовірність різниці значень показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит легкого ступеня тяжкості;

$p_{з-тс}$ – достовірність різниці значень показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит важкого ступеня тяжкості;

$p_{лс-тс}$ – достовірність різниці значень показників між хворими на себорейний дерматит легкого та важкого ступеня тяжкості;

* – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,05$;

** – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,01$;

*** – достовірність різниці значень відповідних показників між чоловіками та жінками на рівні $p < 0,001$.

Таблиця Г.1

Порівняння кефалометричних показників між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та/або жінками ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		$p_{з-лс}$	$p_{з-тс}$	$p_{лс-тс}$
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
OB_GL	57,86±1,54***	57,05±1,78***	57,18±1,61*	<0,05	>0,05	>0,05
SAG_DUG	31,57±1,69***	30,60±1,43**	31,38±1,61***	<0,05	>0,05	=0,088
B_DL_GL	19,34±0,75***	21,05±2,68***	20,65±0,75***	<0,001	<0,001	>0,05
B_SH_GL	15,54±0,95***	16,30±0,80***	16,15±0,81**	<0,001	<0,01	>0,05

Продовження табл. Г.1

Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
N_SH_GL	13,02±0,89***	14,85±0,59***	14,95±1,00	<0,001	<0,001	>0,05
SH_LICA	12,54±0,91***	14,00±0,92***	14,15±0,81*	<0,001	<0,001	>0,05
SH_N_CH	9,701±1,314	11,95±0,69**	12,05±1,15**	<0,001	<0,001	>0,05
OB_GL	55,71±1,25	55,23±1,40	56,00±1,36	=0,074	>0,05	=0,081
SAG_DUG	30,02±1,79	29,15±1,66	29,30±1,56	<0,05	=0,082	>0,05
B_DL_GL	18,21±1,03	18,35±4,04	19,70±0,73	<0,001	<0,001	>0,05
B_SH_GL	14,98±0,85	14,90±1,17	15,25±1,02	>0,05	>0,05	>0,05
N_SH_GL	12,60±0,94	13,75±1,07	14,40±0,99	<0,001	<0,001	>0,05
SH_LICA	12,16±0,91	12,75±1,02	13,45±0,83	<0,05	<0,001	=0,070
SH_N_CH	9,565±1,304	11,15±0,67	11,00±0,65	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця Г.2

Порівняння тотальних і поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (M±σ).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
W	73,68±10,40***	77,19±11,16**	82,45±25,81t	>0,05	>0,05	>0,05
H	177,2±6,5***	176,3±7,0***	177,9±4,5***	>0,05	>0,05	>0,05
S	1,903±0,148***	1,933±0,145***	1,987±0,234**	>0,05	>0,05	>0,05
ATND	143,8±6,1***	144,9±5,6***	145,5±4,3***	>0,05	>0,05	>0,05
ATL	90,57±5,04***	86,25±5,09t	86,20±5,27	<0,01	<0,001	>0,05
ATPL	146,9±7,1***	147,5±5,6***	148,2±4,8***	>0,05	>0,05	>0,05
ATP	65,85±4,95***	67,35±3,62**	66,55±3,91t	>0,05	>0,05	>0,05
ATV	94,04±5,40***	87,85±5,19t	88,05±5,68	<0,001	<0,001	>0,05
Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
W	58,62±8,38	65,20±14,40	68,85±15,42	<0,05	<0,01	>0,05
H	165,0±5,8	163,9±6,8	165,8±5,4	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. Г.2

S	1,631±0,124	1,680±0,197	1,755±0,177	>0,05	<0,01	>0,05
ATND	134,2±5,6	133,8±6,3	136,2±5,1	>0,05	>0,05	>0,05
ATL	85,43±4,97	83,00±4,88	84,85±6,25	<0,05	>0,05	>0,05
ATPL	136,8±5,5	136,0±6,4	138,1±5,0	>0,05	>0,05	>0,05
ATP	63,03±3,89	63,45±3,89	64,40±3,22	>0,05	=0,088	>0,05
ATV	88,77±5,58	84,70±5,37	86,20±6,12	<0,01	<0,05	>0,05

Таблиця Г.3

Порівняння ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок і поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (M±σ).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
EPPL	6,899±0,438***	6,710±0,408***	6,815±0,470***	<0,05	>0,05	>0,05
EPPR	5,724±0,327***	5,650±0,328***	5,805±0,365***	>0,05	>0,05	=0,060
EPB	8,917±0,437***	9,030±0,779t	9,085±0,935	>0,05	>0,05	>0,05
EPG	7,277±0,469***	7,435±0,354***	7,340±0,485***	>0,05	>0,05	>0,05
PSG	28,35±2,19***	30,20±2,53***	30,40±2,84**	<0,01	<0,01	>0,05
PNG	25,30±2,26***	25,80±2,17***	26,05±2,61**	>0,05	>0,05	>0,05
SGK	19,93±2,12***	22,60±2,52***	25,65±16,09**	<0,001	<0,001	>0,05
ACR	42,02±2,64***	36,30±2,87***	35,70±3,13*	<0,001	<0,001	>0,05
SPIN	26,33±1,98***	26,45±2,54	26,25±2,05	>0,05	>0,05	>0,05
CRIS	29,38±2,02***	29,90±2,61	29,45±2,31	>0,05	>0,05	>0,05
TROCH	32,96±2,10*	33,85±2,35t	34,15±2,06	=0,083	<0,05	>0,05
Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
EPPL	5,969±0,387	5,990±0,602	6,070±0,492	>0,05	>0,05	>0,05
EPPR	4,937±0,286	4,975±0,406	5,045±0,272	>0,05	=0,067	>0,05
EPB	8,172±0,529	8,685±1,049	8,815±0,778	=0,094	<0,001	>0,05
EPG	6,483±0,408	6,575±0,445	6,755±0,391	>0,05	<0,01	>0,05
PSG	25,09±1,94	26,45±1,90	27,65±2,78	<0,01	<0,001	>0,05
PNG	21,62±1,91	22,60±1,90	23,90±2,51	<0,05	<0,001	=0,079

Продовження табл. Г.3

SGK	17,18±1,53	19,35±1,39	20,00±2,20	<0,001	<0,001	>0,05
ACR	36,81±2,35	32,05±3,05	32,90±3,46	<0,001	<0,001	>0,05
SPIN	25,09±2,23	25,80±2,12	26,55±1,90	>0,05	<0,01	>0,05
CRIS	27,52±2,78	28,80±2,31	29,40±2,19	=0,080	<0,01	>0,05
TROCH	32,31±1,92	32,60±2,74	33,95±2,72	>0,05	<0,01	=0,079
CONJ	18,83±1,71	21,18±2,09	21,50±2,09	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця Г.4

Порівняння обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (M±σ).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		Pз-лс	Pз-тс	Pлс-тс
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
OBPL1	33,23±2,84***	31,40±2,76t	32,48±4,45*	<0,05	=0,082	>0,05
OBPL2	30,17±2,94***	33,68±2,51**	34,35±4,67*	<0,001	<0,001	>0,05
OBPR1	27,33±2,01***	26,78±1,74***	27,45±2,32***	>0,05	>0,05	>0,05
OBPR2	17,44±1,24***	17,40±0,94***	17,15±1,26**	>0,05	>0,05	>0,05
OBK	21,39±1,22***	21,50±1,49***	21,40±1,19***	>0,05	>0,05	>0,05
OBV	53,25±4,49	56,00±3,87	56,25±6,69	<0,05	=0,081	>0,05
OBVV	95,04±6,39	96,00±5,79	96,80±8,31	>0,05	>0,05	>0,05
OBG1	36,43±2,91***	36,33±3,71	36,63±4,76	>0,05	>0,05	>0,05
OBG2	23,41±1,87***	24,13±2,21*	24,43±2,42*	>0,05	<0,05	>0,05
OBS	24,96±1,46***	24,78±1,04***	24,45±1,34*	>0,05	>0,05	>0,05
OBSH	37,67±1,92***	38,63±1,96***	38,18±2,96***	=0,055	>0,05	>0,05
OBT	79,48±7,32***	80,10±20,14	86,18±14,69	>0,05	=0,093	>0,05
OBGK1	100,0±6,0***	100,3±7,5*	100,8±11,0	>0,05	>0,05	>0,05
OBGK2	93,18±6,39***	93,80±9,26*	94,70±10,62	>0,05	>0,05	>0,05
OBGK3	95,20±6,57***	96,25±8,72*	97,35±11,02	>0,05	>0,05	>0,05
Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		Pз-лс	Pз-тс	Pлс-тс
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
OBPL1	27,97±2,82	29,18±4,67	28,98±4,01	>0,05	>0,05	>0,05
OBPL2	26,43±2,80	29,75±4,52	30,63±4,66	<0,01	<0,001	>0,05
OBPR1	23,56±1,88	23,30±2,59	23,88±2,46	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. Г.4

OBPR2	15,65±1,58	15,30±1,29	15,78±1,13	>0,05	>0,05	>0,05
OBK	18,68±1,15	18,20±1,03	18,80±1,47	<0,05	>0,05	>0,05
OBV	52,91±4,46	58,20±9,00	58,83±8,02	<0,01	<0,001	>0,05
OBVB	95,40±6,73	97,90±11,18	101,0±12,2	>0,05	=0,080	>0,05
OBG1	34,89±2,83	36,10±4,15	36,65±3,89	>0,05	>0,05	>0,05
OBG2	22,20±1,67	22,85±1,69	23,55±1,32	=0,083	<0,001	>0,05
OBS	22,84±1,51	22,48±1,61	23,23±2,05	>0,05	>0,05	>0,05
OBSH	31,92±1,43	33,55±3,00	34,28±2,81	<0,01	<0,001	>0,05
OBT	68,74±6,18	77,05±11,54	78,00±12,93	<0,001	<0,01	>0,05
OBGK1	89,20±6,08	95,00±9,03	97,30±10,11	<0,01	<0,001	>0,05
OBGK2	82,24±6,31	87,00±7,91	89,15±8,95	<0,05	<0,01	>0,05
OBGK3	84,58±6,34	90,65±8,05	92,95±9,90	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця Г.5

Порівняння товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (M±σ).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
GZPL	7,848±2,914	3,950±1,146	4,200±1,609	<0,001	<0,001	>0,05
GPPL	5,592±2,132	3,250±1,070	3,000±1,214	<0,001	<0,001	>0,05
GPR	4,173±1,621	3,550±0,686	3,400±0,940	>0,05	=0,088	>0,05
GL	13,53±3,92 [†]	13,05±6,50	13,30±6,31	=0,071	>0,05	>0,05
GGR	4,924±1,729	3,500±1,000	3,550±1,317	<0,001	<0,001	>0,05
GG	12,33±4,79	12,35±5,78	13,65±9,00	>0,05	>0,05	>0,05
GB	10,75±4,41	14,70±7,32	16,30±8,05	<0,05	<0,001	>0,05
GBD	12,80±3,85	6,750±1,618	7,900±2,125	<0,001	<0,001	=0,058
GGL	8,982±2,691	8,000±2,152	7,550±1,986	>0,05	=0,052	>0,05
Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
GZPL	8,163±3,168	4,000±1,338	4,600±1,501	<0,001	<0,001	>0,05
GPPL	6,091±2,514	3,250±0,967	4,200±1,542 [*]	<0,001	<0,001	<0,05
GPR	4,264±2,092	4,000±1,170	4,050±1,099 [†]	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. Г.5

GL	12,70±4,13	14,55±6,57	12,60±4,28	>0,05	>0,05	>0,05
GGR	5,238±2,452	3,600±1,046	4,250±1,482	<0,001	<0,05	>0,05
GG	13,71±5,14*	14,60±4,69	15,80±6,15	>0,05	>0,05	>0,05
GB	11,93±4,99†	16,35±5,95	17,25±5,99	<0,01	<0,001	>0,05
GBD	14,74±4,38***	7,750±3,076	9,000±3,061	<0,001	<0,001	>0,05
GGL	10,80±3,09***	9,700±2,993†	10,25±2,47***	<0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.6

Порівняння компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (M±σ).

Показники	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
FX	3,230±1,046	3,152±1,350	3,345±1,349	>0,05	>0,05	>0,05
MX	4,689±1,332***	4,756±1,617	4,863±2,319	>0,05	>0,05	>0,05
LX	2,512±1,253	2,006±1,287	2,229±1,410	>0,05	>0,05	>0,05
MM	34,22±5,88***	37,59±5,21**	39,43±8,93*	<0,01	<0,05	>0,05
MA	38,67±7,20***	42,47±6,78**	45,18±13,38**	<0,05	=0,063	>0,05
OM	11,01±1,30***	11,03±1,20***	11,30±1,48***	>0,05	>0,05	>0,05
DM	10,96±3,50	8,634±2,944	9,295±4,124	<0,01	<0,05	>0,05
Показники	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		P _{з-лс}	P _{з-тс}	P _{лс-тс}
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
FX	3,337±1,237	3,490±1,322	3,467±1,113	>0,05	>0,05	>0,05
MX	3,766±1,324	5,502±3,443	4,944±2,177	<0,05	<0,05	>0,05
LX	2,688±1,265	1,736±1,527	1,818±1,527	<0,01	<0,01	>0,05
MM	27,26±4,71	31,74±9,73	33,70±7,94	<0,05	<0,001	>0,05
MA	26,08±5,94	31,98±10,81	34,54±10,45	<0,01	<0,001	>0,05
OM	8,237±1,586	8,432±1,620	8,887±1,091	>0,05	<0,01	>0,05
DM	10,77±3,40	9,072±3,934	10,02±3,52	<0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.7

Порівняння розподілу соматотипів між здоровими та хворими на себорейний дерматит різного ступеня тяжкості чоловіками та жінками (%).

Тип соматотипу	Здорові чоловіки (n=82)	Чоловіки хворі на себорейний дерматит		Рз-лс	Рз-тс	Рлс-тс
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Ендоморфи	2,4	0	5	0,4858	0,4505	0,3176
Мезоморфи	47,6*	50	40	0,8477	0,5424	0,5288
Ектоморфи	11,0	10	5	0,8975	0,4208	0,5519
Екто-мезоморфи	15,9***	5	10	0,2075	0,5061	0,5519
Ендо-мезоморфи	15,9	20	10	0,6604	0,5061	0,3814
Середній проміжний	7,3	15	30	0,2786	0,0057	0,2631
Тип соматотипу	Здорові жінки (n=154)	Жінки хворі на себорейний дерматит		Рз-лс	Рз-тс	Рлс-тс
		ЛС (n=20)	ТС (n=20)			
Ендоморфи	8,4t	0	5	0,1797	0,5989	0,3176
Мезоморфи	31,2	50	45	0,0953	0,2178	0,7533
Ектоморфи	20,8t	15	5	0,5436	0,0919	0,2985
Екто-мезоморфи	3,2	0	5	0,4182	0,6769	0,3176
Ендо-мезоморфи	19,5	25	20	0,5646	0,9578	0,7071
Середній проміжний	16,9*	10	20	0,4308	0,7304	0,3814

Додаток Д

Кореляції антро-соматотипологічних параметрів чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит із показниками ступенів вираженості жирної шкіри або емоційного впливу жирної шкіри обличчя

В таблицях додатка:

- жовтим кольором виділені достовірні прямі слабкі кореляції;
- зеленим кольором виділені достовірні зворотні слабкі сили кореляції;
- помаранчевим кольором виділені достовірні прямі середньої сили кореляції;
- синім кольором виділені достовірні зворотні середньої сили кореляції;
- фіолетовим кольором виділені достовірні зворотні сильні кореляції;
- червоним кольором виділені достовірні прямі сильні кореляції;
- ACR – ширина плечей (см);
- ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);
- ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);
- ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);
- ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);
- ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);
- B_DL_GL – найбільша довжина голови (см);
- B_SH_GL – найбільша ширина голови (см);
- CONJ – поверхнева кон'югата (см);
- CRIS – міжребенева відстань (см);
- DM – жировий компонент маси тіла (кг).
- EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);
- EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);
- EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);
- EPPLR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);
- FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал);
- GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);

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

- OM – кістковий компонент маси тіла (кг);
 PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
 PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
 S – площа поверхні тіла (м²);
 SAG_DUG – сагітальна дуга черепа (см);
 SPIN – міжостьова відстань (см);
 SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);
 SH_LICA – ширина обличчя (см);
 SH_N_CH – ширина нижньої щелепи (см);
 TROCH – міжвертлюгова відстань (см);
 W – маса тіла (кг).

Таблиця Д.1

Кореляції антропо-соматотипологічних параметрів тіла чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та важкого перебігу з показником ступеня вираженості жирної шкіри.

Показники	Чоловіки		Жінки	
	легкий перебіг	тяжкий перебіг	легкий перебіг	тяжкий перебіг
OB_GL	-0,20	-0,45	-0,36	-0,01
SAG_DUG	-0,39	-0,19	-0,13	-0,13
B_DL_GL	-0,31	-0,09	0,11	0,20
B_SH_GL	0,18	-0,40	-0,14	0,03
N_SH_GL	-0,18	-0,39	0,07	-0,15
SH_LICA	-0,04	0,06	-0,28	0,02
SH_N_CH	0,04	0,02	-0,09	0,40
W	-0,24	-0,30	-0,51	-0,41
H	-0,13	0,00	-0,38	-0,41
S	-0,22	-0,25	-0,31	-0,43
ATND	-0,19	0,09	-0,36	-0,42
ATL	0,01	0,20	-0,33	-0,24
ATPL	-0,17	0,14	-0,38	-0,46
ATP	-0,21	-0,28	-0,27	-0,21
ATV	0,09	0,18	-0,29	-0,27
EPPL	-0,30	-0,21	-0,31	-0,32

Продовження табл. Д.1

EPPR	-0,08	-0,12	-0,55	-0,41
EPB	-0,14	-0,50	-0,51	-0,17
EPG	-0,15	-0,60	-0,54	-0,44
OBPL1	-0,40	-0,35	-0,56	-0,32
OBPL2	-0,49	-0,20	-0,36	-0,21
OBPR1	-0,53	-0,26	-0,28	-0,30
OBPR2	-0,11	-0,44	-0,48	-0,23
OBB	-0,14	-0,10	-0,53	-0,29
OBG1	-0,32	-0,26	-0,60	-0,20
OBG2	-0,29	-0,25	-0,40	-0,11
OBSH	0,02	-0,18	-0,45	-0,06
OBT	-0,40	-0,23	-0,31	-0,32
OBBB	-0,01	-0,36	-0,48	-0,38
OBK	-0,15	-0,28	-0,40	-0,30
OBS	0,31	-0,09	-0,57	-0,06
OBGK1	-0,34	-0,28	-0,29	-0,23
OBGK2	-0,39	-0,31	-0,31	-0,42
OBGK3	-0,35	-0,24	-0,26	-0,35
PSG	-0,23	-0,32	-0,30	-0,18
PNG	-0,40	-0,14	-0,14	-0,12
SGK	-0,55	-0,06	-0,55	-0,45
ACR	0,04	-0,03	-0,58	-0,10
SPIN	-0,16	-0,14	-0,44	0,01
CRIS	-0,17	-0,21	-0,50	-0,03
TROCH	0,04	-0,49	-0,51	-0,21
CONJ			-0,61	-0,29
GZPL	0,09	0,08	-0,33	-0,09
GPPL	0,20	-0,08	-0,30	-0,40
GPR	0,27	0,11	-0,50	-0,29
GL	-0,27	-0,24	-0,49	-0,37
GGR	0,64	0,20	-0,33	0,26
GG	-0,28	-0,17	-0,40	-0,26
GB	-0,30	-0,08	-0,50	-0,31
GBD	-0,27	0,13	-0,45	-0,18
GGL	-0,22	-0,19	-0,16	-0,23
FX	-0,31	-0,15	-0,50	-0,30
MX	-0,30	-0,32	-0,52	-0,18

Продовження табл. Д.1

LX	0,18	0,30	0,51	0,26
SOMAT	0,38	0,38	0,24	0,16
MM	-0,35	-0,25	-0,31	-0,39
OM	-0,29	-0,50	-0,52	-0,40
DM	-0,28	-0,25	-0,37	-0,33
MA	-0,46	-0,15	-0,30	-0,27

Таблиця Д.2

Кореляції антропо-соматотипологічних параметрів тіла чоловіків і жінок хворих на себорейний дерматит легкого та важкого перебігу з показником ступеня вираженості емоційного впливу жирної шкіри обличчя.

Показники	Чоловіки		Жінки	
	легкий перебіг	тяжкий перебіг	легкий перебіг	тяжкий перебіг
OB_GL	-0,56	-0,12	0,35	-0,33
SAG_DUG	0,20	-0,04	0,46	-0,24
B_DL_GL	0,02	-0,25	0,77	-0,12
B_SH_GL	-0,33	-0,19	0,09	0,06
N_SH_GL	-0,56	0,00	0,17	0,00
SH_LICA	-0,20	0,23	0,32	0,17
SH_N_CH	-0,32	0,23	0,35	0,12
W	-0,28	-0,01	-0,20	0,01
H	0,28	-0,06	0,16	-0,15
S	-0,11	-0,01	-0,01	-0,01
ATND	0,18	-0,11	0,12	-0,24
ATL	0,07	-0,27	-0,13	-0,34
ATPL	0,18	-0,12	0,17	-0,21
ATP	-0,36	-0,36	0,39	-0,29
ATV	0,00	-0,26	-0,05	-0,36
EPPL	-0,30	0,02	-0,24	-0,02
EPPR	0,12	0,11	-0,25	-0,14
EPB	-0,31	-0,04	0,12	-0,06
EPG	0,09	-0,21	0,05	-0,18
OBPL1	-0,17	-0,09	-0,14	0,03
OBPL2	-0,20	-0,09	-0,31	0,03
OBPR1	-0,33	0,02	-0,19	-0,10

Продовження табл. Д.2

OBPR2	-0,02	0,02	-0,28	-0,04
OVB	-0,42	-0,01	-0,25	-0,12
OBG1	-0,28	0,08	0,00	-0,25
OBG2	-0,15	-0,10	0,05	-0,16
OBSH	-0,38	0,16	-0,62	-0,11
OBT	-0,56	0,16	-0,49	-0,08
OBBB	-0,28	0,14	-0,39	-0,05
OBK	0,01	0,30	-0,21	0,07
OBS	-0,02	-0,02	-0,11	-0,25
OBGK1	-0,45	-0,08	-0,53	0,00
OBGK2	-0,37	0,04	-0,40	0,09
OBGK3	-0,47	-0,04	-0,52	0,00
PSG	-0,38	-0,01	-0,24	0,17
PNG	-0,39	0,00	-0,32	0,16
SGK	-0,21	0,02	-0,35	-0,04
ACR	-0,49	0,00	-0,56	-0,01
SPIN	-0,17	0,31	-0,11	-0,07
CRIS	-0,15	0,33	-0,18	-0,09
TROCH	-0,18	0,10	-0,06	-0,01
CONJ			-0,26	-0,10
GZPL	-0,12	-0,03	-0,33	0,03
GPPL	-0,30	0,09	-0,27	0,03
GPR	-0,01	0,01	-0,05	0,01
GL	-0,43	0,13	-0,01	0,02
GGR	-0,17	-0,08	-0,54	0,34
GG	-0,43	0,24	-0,31	0,21
GB	-0,38	0,26	-0,11	0,18
GBD	-0,28	-0,01	-0,28	0,39
GGL	-0,26	0,09	0,11	0,17
FX	-0,41	0,22	-0,06	0,10
MX	-0,48	0,04	-0,30	-0,07
LX	0,37	-0,09	0,39	0,05
SOMAT	0,26	-0,04	0,36	0,19
MM	-0,39	-0,01	-0,07	-0,15
OM	-0,11	-0,09	0,07	-0,11
DM	-0,36	0,10	-0,16	0,15
MA	-0,03	-0,11	-0,31	-0,01