

**Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова**

ШКОЛЬНИК ЕСФІР ЯКІВНА

УДК 616.216.1-002.3:572.512-005.1(477.44)

**АНТРОПОМЕТРИЧНІ ТА СОМАТОТИПОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ
ЮНАКІВ І ЧОЛОВІКІВ ПОДІЛЛЯ В НОРМІ ТА ПРИ ГАЙМОРИТІ**

14.03.01 – нормальна анатомія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Вінниця – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова МОЗ України.

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:

доктор медичних наук, професор **Гумінський Юрій Йосипович**, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, професор кафедри анатомії людини.

ОФІЦІЙНІ ОПОНЕНТИ:

- доктор медичних наук, Заслужений діяч науки і техніки України, професор **Черкасов Віктор Гаврилович**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри анатомії людини;
- доктор медичних наук, професор **Кривко Юрій Ярославович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, професор кафедри нормальної анатомії.

Захист відбудеться 21 квітня 2016 р. о 10⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.02 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий 18 березня 2016 р.

**Учений секретар
спеціалізованої вченої ради**

І. М. Кириченко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Доведено, що антропометричні дані дозволяють за короткий час обстежити велику кількість населення з метою виявлення груп ризику виникнення та особливостей перебігу різних мультифакторіальних захворювань і здійснення своєчасних профілактичних заходів (Жвавий Н. Ф., Койносов П. Г., Орлов С. А., 2008). Власне, в механізмах розвитку більшості патологічних процесів набувають значення додаткові індивідуальні особливості організму, закладені ще на рівні ембріогенезу, морфологічним субстратом яких є конституція (Николаев В. Г., 2009; Ямашев И. Г., Матвеев Р. С., 2011; Moore K. L., Dalley A. F., 2006).

Тому за даними антропометрії та соматипування можна зробити припущення, що на тлі існуючої схильності до розвитку певної ЛОР-патології основними є не лише вроджені особливості будови та розмірні характеристики верхньощелепних пазух, але й конституціональні властивості організму в цілому, досягнуті в результаті реалізації індивідуальної генетичної програми розвитку в конкретних умовах зовнішнього середовища (Волов Н. В., 2004; Процак Т. В., Макар Б. Г., Хмара Т. В., 2010; Иорданишвили А. К. и др., 2012; Spector S. L. et al., 2008).

Для трактування схильності до мультифакторіальних захворювань, в тому числі і ЛОР-органів, не втрачає важливості урахування краніотипів, як проявів приватної конституції людини (Гайворонский И. В. и др., 2008; Жукова У. А. и др., 2010; Астапенко К. П., Татун Т. В., 2011).

Верхньощелепні синусити охоплюють великі верстви населення, де основне місце належить соціально-активній частині (від 25 до 60 років), часто рецидивують, що призводить до суттєвих економічних втрат у зв'язку із втратою працездатності (Талалаєнко І. О. та ін., 2011; Durr D. G., Desrosiers M. Y., Dassa C., 2011). Вогнища запалення в гайморових пазухах можуть бути джерелом інфекційної сенсibiliзації, насамперед бронхів і легенів, являтися причиною патологічної рефлекторної імпульсації, обумовлювати важкі ускладнення та призводити до летальних випадків (Бешапочный С. Б., Гасюк Ю. А., Лобурец В. В., 2013; Яременко А. И., Галецкий Д. В., Королев В. О., 2013; Drettner B., Aust R., 2010; Doty R. L., Mishra A., 2012).

Збільшення числа хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит, складність діагностування причин його розвитку, важкість післяопераційних ускладнень при радикальній гайморотомії, неврологічні розлади, пов'язані із травмою другої гілки трійчастого нерва при трепанації пазухи, порушення іннервації зубів, порушення нюху та носового дихання потребують вивчення конституціональних особливостей організму при запаленні гайморових пазух для досконалості діагностики та лікування зазначеної нозології (Akhaddar A. et al., 2010; Warwar R. E., Rogers D. L., 2010).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Встановлення нормативних морфо-функціональних показників здоров'я населення України входить у перелік середньострокових пріоритетних напрямків інноваційної діяльності галу-

зевого рівня на 2012-2016 роки (Додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 17 травня 2012 р. № 397). Робота є фрагментом загально-університетської наукової тематики «Розробка нормативних критеріїв здоров'я різних вікових та статевих груп населення» (№ державної реєстрації: 0109U005544). Здобувач є співвиконавцем зазначеної НДР. Тема дисертації затверджена вченою радою стоматологічного та фармацевтичного факультетів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова) (протокол № 3 від 18 квітня 2013 р.) та проблемною комісією МОЗ і АМН України «Морфологія людини» (протокол № 8 від 2 червня 2011 р.).

Мета дослідження. Визначення особливостей антропометричних і соматотипологічних параметрів юнаків і чоловіків Подільського регіону України в нормі та при гострому гнійному гаймориті.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити наступні основні завдання:

1. Вивчити особливості розподілу краніотипів у практично здорових і хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків.

2. Дослідити відмінності антропо-соматотипологічних показників між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками з урахуванням і без урахування краніотипів.

3. Встановити особливості антропометричних і соматотипологічних показників у хворих на одно- або двобічний гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування краніотипів і брахікефалів.

4. Розробити дискримінантні моделі можливості захворювання на гострий гнійний гайморит у залежності від особливостей будови та розмірів тіла юнаків і чоловіків.

Об'єкт дослідження – конституціональні особливості хворих на гайморит.

Предмет дослідження – антропометричні та соматотипологічні параметри у практично здорових і хворих на гострий гнійний гайморит мешканців Поділля чоловічої статі віком від 18 до 25 років.

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

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлені відмінності розподілу краніотипів між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит особами загальної групи та різних вікових груп. Визначено більший відсоток мезокефалів у хворих порівняно із практично здоровими; а також більший відсоток мезокефалів і брахікефалів порівняно із доліхокефалами у хворих на гострий гнійний гайморит осіб.

Вперше встановлені відмінності антропо-соматотипологічних показників і розподілу соматотипів між відповідними групами (загальні та різних краніотипів)

практично здорових і хворих юнаків або чоловіків.

Вперше встановлено, що у хворих юнаків і чоловіків без розподілу та з розподілом на різні краніотипи спостерігаються субпатологічні конституціональні типи, що характеризуються різноспрямованістю змін поперечних та обхватних розмірів тіла, товщини шкірно-жирових складок (ТШЖС) і кефалометричних показників.

Вперше встановлено особливості розподілу краніотипів та особливості антропо-соматотипологічних показників серед досліджуваних з одно- та двобічним гострим гнійним гайморитом. Практична відсутність достовірних відмінностей кефалометричних та антропо-соматотипологічних показників між хворими на одно- та двобічний гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками без урахування краніотипу та брахікефалами вказує про відсутність впливу розмірів і будови тіла на локалізацію та поширеність запального процесу.

Вперше в побудованих за допомогою дискримінантного аналізу математичних моделях можливості захворювання на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків Поділля загалом і різних краніотипів в залежності від особливостей будови та розмірів тіла, встановлено, що при розподілі на різні краніотипи рівень дискримінації вищий, ніж у відповідних моделях юнаків або чоловіків загальних груп. При аналізі входження до моделей антропометричних і соматотипологічних показників, а також їх найбільшого внеску у дискримінацію встановлені вікові розбіжності.

Практичне значення одержаних результатів. Побудовані дискримінантні моделі схильності до даного захворювання в юнаків і чоловіків без розподілу та з розподілом на різні краніотипи в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників допоможуть більш коректно прогнозувати можливий ризик виникнення даного захворювання, що, в свою чергу, дозволить своєчасно сформувати диспансерні групи та проводити профілактичні заходи з попередження виникнення гострого гнійного гаймориту.

Отримані результати використовуються в лекційних курсах і практичній роботі кафедр анатомії людини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; нормальної анатомії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; анатомії людини Одеського національного медичного університету; анатомії людини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; анатомії людини, топографічної анатомії та оперативної хірургії Запорізького державного медичного університету; анатомії людини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», а також у практичній діяльності лікарів ЛОР-відділення Міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (м. Вінниця).

Особистий внесок здобувача. Дисертантом здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень проведеного дослідження. Автором самостійно: проведені антропометричні вимірювання у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків. Автором самостійно проведений статистичний аналіз отриманих

даних із наступною побудовою дискримінантних моделей; написаний огляд літератури та усі розділи власних досліджень. Разом із науковим керівником проведений аналіз та узагальнення результатів роботи й сформульовані висновки. У спільних з керівником та колегами статтях автору належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей будови й розмірів тіла у здорових і хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків. Частина результатів, що стосуються первинних антропосоматотипологічних показників у практично здорових юнаків і чоловіків Поділля, отримані спільно з групою виконавців планової наукової роботи науково-дослідного центру (НДЦ) ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційного дослідження були викладені та обговорені на: VII міжнародному конгресі з інтегративної антропології (Вінниця, 2013); міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства» (Одеса, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки» (Львів, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики» (Київ, 2015).

Публікації. За матеріалами проведеного дисертаційного дослідження опубліковано 12 наукових робіт (з них 9 самостійні). 7 статей опубліковано в рекомендованих ДАК України наукових фахових журналах (серед яких 2 входять до переліку міжнародних наукометричних баз). 1 стаття опублікована в закордонному науковому журналі (Узбекистан).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 190 сторінках, та складається із переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, загальної методики та основних методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел, з яких 149 викладені кирилицею і 67 – латиницею (що займають 26 сторінок машинопису), а також додатку. Робота ілюстрована 62 рисунками та 18 таблицями (що займають 48 сторінок машинопису).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. На базі НДЦ ВНМУ ім. М. І. Пирогова було проведено антропологічне обстеження 45 хворих на гострий гнійний гайморит юнаків віком від 18 до 21 року, та 55 хворих на гострий гнійний гайморит чоловіків віком від 22 до 25 років, у третьому поколінні мешканців Подільського регіону України (верифікація діагнозу проведена на базі Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги). В ході наукових досліджень, проведених на базі НДЦ ВНМУ ім. М. І. Пирогова отримані первинні антропометричні показники 136 практично здорових юнаків і 72 практично здорових чоловіків аналогічного хворим юнакам і чоловікам віку, також у третьому поколінні мешканців Подільського регі-

ону України.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова встановлено, що проведені дослідження не заперечують основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ та законам України (протокол №19 від 08.11.2012).

Антропометричне обстеження було виконане за схемою В. В. Бунака (1941).

Кефалометрія включала вимірювання обхвату голови, сагітальної дуги, найбільшої довжини та ширини голови, найменшої ширини голови, ширини обличчя та нижньої щелепи в позиції голови у франкфуртській горизонтальній площині. Головний, або черепний, індекс (показчик) визначали за формулою: ширина голови / довжину голови $\times 100$. Залежно від величини черепного індексу визначали: доліхокефалічний, мезокефалічний та брахікефалічний тип будови голови.

Для визначення соматотипу використовували математичну схему J. Carter і В. Neath (1990). Для визначення компонентів маси тіла застосовували формули J. Matiegka (1921). М'язовий компонент також визначали за методом Американського інституту харчування (AIX) (Heymssfield S. B. et al., 1982).

За допомогою пакету «STATISTICA 6.1» виконано статистичну обробку отриманих результатів з наступним застосуванням параметричних і непараметричних методів оцінки (Боровиков В. П., Боровиков И. П., 1998; Реброва О. Ю., 2006).

Результати дослідження та їх аналіз. Нами встановлений наступний *розподіл краніотипів* між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит досліджуваних загальної групи та різних вікових груп: *між відповідними групами здорових і хворих досліджуваних – більші* значення ($p < 0,05-0,001$) відсоткової частки *мезокефалів* і *менші* значення ($p < 0,01$) відсоткової частки *брахікефалів* у *хворих* загальної групи та юнаків; *між відповідними групами здорових досліджуваних – менші* значення ($p < 0,001$) відсоткової частки *доліхокефалів* порівняно із *брахі-* та *мезокефалами* у досліджуваних різного віку та загальної групи, а також *менші* значення ($p < 0,001$) відсоткової частки *мезокефалів* порівняно із *брахікефалами* у досліджуваних різного віку та загальної групи; *між відповідними групами хворих досліджуваних – менші* значення ($p < 0,05-0,001$) відсоткової частки *доліхокефалів* порівняно із *брахі-* та *мезокефалами* у досліджуваних різного віку та загальної групи, а також *менші* значення ($p < 0,001$) відсоткової частки *мезокефалів* порівняно із *брахікефалами* у досліджуваних різного віку (в юнаків $p = 0,061$) та загальної групи; *між відповідними групами здорових або хворих юнаків і чоловіків різних краніотипів – статистично значущих, або тенденцій відмінностей не встановлено.*

Згідно даних М. Є. Попової, Р. Н. Кикова та О. Ю. Шалаєва (2013) серед 134 досліджуваних із різним краніотипом визначено однакова відсоткова частка мезокефалів із середнім об'ємом гайморової пазухи та нормальними вертикальними розмірами альвеолярних відростків і брахікефалів із відповідно невеликим об'ємом

досліджуваної пазухи та високим альвеолярним відростком. Ці дані збігаються із нашими результатами, а саме: відсоткова частка доліхокефалів < відсоткова частка мезокефалів < відсоткова частка брахікефалів. Крім того, отримані результати підтверджують існування внутрішніх зв'язків між конкретними локальними конституціями (в нашому випадку краніотипами) та специфічним структурно-функціональним станом організму – розвитком гострого запального процесу в верхньощелепних пазухах.

Оцінку морфометричних особливостей приносних пазух слід проводити за сукупністю результатів неінвазивних досліджень, виконання яких технічно просто та не вимагає додаткових матеріальних витрат і спеціального навчання персоналу. Зазначеним вимогам відповідає кефалометрія, як один з основних методів прижиттєвого вивчення черепа (Нувахов Н. Р. и др., 2011; Balk E. M., Zucker D. R., Engels E. A., 2009). У необхідності використання цього методу в комплексному обстеженні хворих із патологією верхньощелепних пазух переконують краніометричні та кефалометричні дослідження, які виявили та довели закономірності розвитку синусів верхньощелепних пазух у людей з різними типами мозкового та лицевого відділів черепа, виявлення взаємозв'язку анатомічних особливостей та форми захворювання (Гайворонский И. В. и др., 2010; Нувахов Н. Р., 2011; Лепилин А. В. и др., 2012).

Нами встановлені наступні відмінності **кефалометричних показників** у практично здорових і хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків Поділля загальних груп і різних краніотипів: *між відповідними групами практично здорових і хворих юнаків без урахування краніотипу – більші значення* ($p < 0,001$) найбільшої довжини голови, найбільшої та найменшої ширини голови у здорових юнаків і більші значення ширини нижньої щелепи ($p = 0,066$) та сагітальної дуги голови ($p < 0,001$) у хворих юнаків; *між відповідними групами практично здорових і хворих юнаків брахікефалів – більші значення* ($p < 0,01-0,001$) найбільшої довжини голови, найбільшої та найменшої ширини голови у здорових юнаків і більші значення ($p < 0,05-0,001$) сагітальної дуги голови та ширини обличчя у хворих юнаків; *між відповідними групами практично здорових і хворих чоловіків без урахування краніотипу – більші значення* ($p < 0,01-0,001$) найбільшої довжини голови, найбільшої та найменшої ширини голови у здорових чоловіків і більші значення ($p < 0,01-0,001$) ширини нижньої щелепи та сагітальної дуги голови у хворих чоловіків; *між відповідними групами практично здорових і хворих чоловіків брахікефалів – більші значення* ($p < 0,01-0,001$) найбільшої довжини голови, найбільшої та найменшої ширини голови у здорових чоловіків і більші значення ($p < 0,05-0,001$) ширини нижньої щелепи, сагітальної дуги голови та ширини обличчя у хворих чоловіків. Також встановлено, що більшість кефалометричних показників у практично здорових або хворих юнаків без урахування краніотипу та різних краніотипів менша ($p < 0,05-0,001$) порівняно з чоловіками аналогічних груп порівняння (за винятком обхвату голови у практично здорових юнаків без урахування краніотипу та брахікефалів).

Відомо, що структури лицевого черепа із соматотипом корелюють і представляють собою єдину систему "обличчя + тіло". Оскільки верхньощелепні пазухи є складовою частиною лицевого черепа, то цілком виправданим та очікуваним є встановлення взаємозв'язків її параметрів із особливостями будови та розмірів тіла (Зайченко А. А., Сперанский В. С., Анисимова Е. А., 1999). Згідно з даними І. І. Кагана та С. В. Чемезова (2009) визначено, що у досліджуваних брахіморфного типу тілобудови найчастіше зустрічається одонтогенний гнійний гайморит, що пояснюється анатомо-топографічними особливостями верхньої щелепи (верхівки перших верхніх різців і верхнього ікла дуже близько розташовані відносно дна порожнини носа та відмежовані від неї лише тонким шаром компактної субстанції верхньої щелепи). У осіб же доліхоморфної статури дана патологія практично не зустрічається.

Нами встановлені наступні розбіжності **розподілу соматотипів** між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками з урахуванням і без урахування краніотипу: *між відповідними групами практично здорових і хворих юнаків – більші значення ($p < 0,05$) відсоткової частки мезоморфів і менші значення відсоткової частки ($p < 0,05-0,01$) представників середнього проміжного соматотипу у хворих юнаків без урахування краніотипу та брахікефалів; між відповідними групами практично здорових і хворих чоловіків – більші значення ($p < 0,05-0,001$) відсоткової частки мезоморфів у хворих чоловіків без урахування краніотипу та різних краніотипів; більші значення ($p < 0,05-0,01$) відсоткової частки екто-мезоморфів у здорових чоловіків без урахування краніотипу та брахікефалів і відсоткової частки ендо-мезоморфів у здорових чоловіків без урахування краніотипу; між відповідними групами практично здорових юнаків – статистично значущих, або тенденцій відмінностей не встановлено; між відповідними групами практично здорових чоловіків – більші значення ($p < 0,05$) відсоткової частки ендоморфів у чоловіків мезокефалів, ніж у чоловіків брахікефалів; між відповідними групами хворих юнаків – більші значення ($p < 0,05$, $p = 0,059$) відсоткової частки екто-мезоморфів у юнаків брахікефалів і без урахування краніотипу, ніж у юнаків мезокефалів; між відповідними групами хворих чоловіків – статистично значущих, або тенденцій відмінностей не встановлено; між відповідними групами практично здорових юнаків та чоловіків – більші значення ($p < 0,05$, $p = 0,066$) відсоткової частки представників середнього проміжного соматотипу та менші значення ($p < 0,05$, $p = 0,061$) відсоткової частки ендо-мезоморфів у юнаків брахікефалів і без урахування краніотипу, а також більші значення ($p = 0,052$) відсоткової частки ендоморфів у чоловіків без урахування краніотипу; між відповідними групами хворих юнаків і чоловіків – більші значення ($p < 0,05-0,001$) відсоткової частки мезоморфів і менші значення ($p < 0,05$) відсоткової частки представників екто-мезоморфного соматотипу у чоловіків брахікефалів і без урахування краніотипу.*

Незаперечним підґрунтям для формування цілісного уявлення про здоров'я або патологію людини наразі є орієнтація на інтегративні принципи, які базуються

на антропологічних даних (Николаев В. Г., 2007). У нашому дослідженні у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування краніотипу та різних краніотипів встановлені багаточисельні достовірні відмінності **антропосоматотипологічних показників**, порівняно з практично здоровими юнаками та чоловіками відповідних груп і субпатологічні («діатезні») конституціональні типи, що спостерігаються при різних мультифакторіальних захворюваннях (Николаев В. Г., 2009; Дугельний А. Г., 2012).

Так у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків або чоловіків загальної групи та брахікефалів подібні конституціональні типи проявляються наступними змінами: на фоні більших (порівняно з відповідними групами здорових юнаків і чоловіків) значень ширини нижньої щелепи та сагітальної дуги голови встановлено менші значення найбільшої довжини голови, а також найбільшої та найменшої ширини голови; на фоні більших значень поперечного нижньогруднинного розміру встановлено менші значення передньо-заднього серединногруднинного розміру; на фоні більших значень ТШЖС на задній поверхні плеча та на грудях (в усіх групах) встановлено менші значення ТШЖС під нижнім кутом лопатки та у верхній частині стегна (лише в юнаків). У хворих на гострий гнійний гайморит чоловіків мезокефалів субпатологічні конституціональні типи проявляються наступними змінами: на фоні більших значень ширини дистального епіфіза плеча встановлені менші значення ширини дистального епіфіза передпліччя та гомілки; на фоні більших значень ТШЖС на задній поверхні плеча встановлені менші значення ТШЖС у верхній частині стегна; на фоні більших значень мезоморфного компоненту соматотипу встановлені менші значення м'язового компонента маси тіла за Матейко та АІХ; а у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків мезокефалів – на фоні більших значень ТШЖС на задній поверхні плеча встановлені менші значення ТШЖС під нижнім кутом лопатки, на боці, у верхній частині стегна та на гомілці; на фоні більших значень жирового компонента маси тіла встановлені менші значення ендоморфного компоненту соматотипу.

Крім того, в усіх групах хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків спостерігаються: більші (порівняно з відповідними групами практично здорових юнаків і чоловіків) значення мезоморфного компоненту соматотипу; менші значення більшості розмірів тазу; менші значення у більшості груп хворих (за винятком юнаків мезокефалів і чоловіків брахікефалів) висоти вертлюгової точки вказує на меншу довжину ніг; більші значення обхвату плеча у розслабленому стані та менші обхвату плеча при максимальній напрузі вказують на відставання хворих у фізичному розвитку.

В ряді досліджень (Пискунов Г. З., Пискунов С. З., 2006; Balk E. M., Zucker D. R., Engels E. A., 2009) доведено, що двобічний гайморит зустрічається рідше за однібічний та має більш важкий перебіг. Нами встановлено наступний **розподіл краніотипів** серед досліджуваних з **одно- та двобічним гнійним запаленням у**

верхньощелепних пазухах: хворі на однобічний гострий гнійний гайморит юнаки – 22,2 % мезокефалів і 33,3 % брахікефалів, а хворі на двобічний гострий гнійний гайморит юнаки – 17,8 % мезокефалів і 26,7 % брахікефалів; хворі на однобічний гострий гнійний гайморит чоловіки – 5,5 % доліхокефалів, 12,7 % мезокефалів і 49,1 % брахікефалів, а хворі на двобічний гострий гнійний гайморит чоловіки – 1,8 % доліхокефалів, 10,9 % мезокефалів і 20,0 % брахікефалів.

У цілому, синусит розвивається частіше у пазухах з меншими розмірами, що видно, по-перше, на прикладі право-лівої асиметрії: бік ураження залежить від величини пазух, причому частіше уражаються менші за розмірами пазухи (Лупир М. В., 2013). По-друге, на прикладі залежності від форми черепа: при брахіморфній формі черепа об'єм пазух менший, а частота синуситів вища (Попова М. Е., Киков Р. Н., Шалаев О. Ю., 2013). Це слід брати до уваги при порівнянні кефалометричних показників (особливо, широтних розмірів голови та обличчя) у хворих без урахування краніотипу та брахікефалів. Так, у нашому дослідженні у загальній групі хворих на гострий гнійний гайморит встановлені виражені тенденції ($p=0,051$) до менших значень величини найбільшої ширини голови порівняно із хворими на двобічний гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками брахікефалами, а також виражену тенденцію ($p=0,053$) до менших значень величини найменшої ширини голови порівняно із хворими на однобічний гострий гнійний гайморит юнаками брахікефалами.

Практично не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей кефалометричних показників (за винятком більшого значення величини ширини нижньої щелепи у хворих на однобічний гострий гнійний гайморит юнаків брахікефалів) та антропометричних і соматотипологічних показників між хворими на одно- та двобічний гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками без урахування краніотипу та брахікефалами. Це свідчить за відсутність модифікуючого впливу соматотипу та краніотипу на специфіку локалізації та поширеності запального процесу (одно- або двобічний гострий гнійний гайморит).

Найбільш виражені **вікові відмінності антропо-соматотипологічних показників** встановлені між хворими на однобічний гострий гнійний гайморит юнаками та чоловіками без урахування краніотипу ((більші значення ($p=0,063$) довжини тіла в юнаків; більші значення ($p<0,05-0,01$) обхвату талії, грудної клітки при глибокому вдиху, видиху та паузі, ТШЖС на задній поверхні плеча, під нижнім кутом лопатки, на животі, на боці, у верхній частині стегна та на гомілці, ендоморфного та мезоморфного компонентів соматотипу, а також кісткової маси тіла у чоловіків)). Менша кількість розбіжностей встановлена для антропо-соматотипологічних показників між хворими на однобічний гострий гнійний гайморит юнаками та чоловіками брахікефалами ((більші значення ($p<0,05$) довжини тіла в юнаків; більші значення ($p<0,01$, $p=0,065$) ТШЖС під нижнім кутом лопатки та у верхній частині стегна, а також екторморфного компоненту соматотипу у чоловіків)) і між хворими на двобіч-

ний гострий гнійний гайморит юнаками та чоловіками брахікефалами ((більші значення ($p < 0,05$) довжини тіла в юнаків; більші значення ($p < 0,05$, $p = 0,056$) мезоморфного та екоморфного компонентів соматотипу у чоловіків)). Між хворими на двобічний гострий гнійний гайморит юнаками та чоловіками без урахування краніотипу статистично значущих або тенденцій відмінностей не встановлено.

Для можливості прогнозу захворювання на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків Поділля у залежності від особливостей будови та розмірів тіла нами побудовані **моделі за допомогою дискримінантного аналізу**.

Встановлено, що модель, яка враховує показники будови та розмірів тіла у **практично здорових і хворих юнаків** коректна у 96,1 % випадків і має середньо значиму (статистика Уїлкса лямбда = 0,260; $F = 82,49$; $p < 0,001$) дискримінацію між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками. Показники класифікації (Df) (за допомогою яких можна передбачити належність показників, що вивчалися, до «типових» для здорових або до «типових» для хворих на гострий гнійний гайморит) для різних груп юнаків у залежності від особливостей будови та розмірів тіла мають вигляд таких рівнянь:

- Df (для практично здорових юнаків) = - ширина дистального епіфіза плеча $\times 1,039$ - сагітальний розмір грудної клітки $\times 3,138$ - висота плечової точки $\times 0,667$ + найменша ширина голови $\times 10,97$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 18,70$ + довжина тіла $\times 4,612$ - 453,3;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит юнаків) = - ширина дистального епіфіза плеча $\times 6,789$ - сагітальний розмір грудної клітки $\times 3,850$ - висота плечової точки $\times 1,055$ + найменша ширина голови $\times 9,329$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 13,53$ + довжина тіла $\times 4,954$ - 455,8.

За допомогою критерію χ^2 підтверджено можливість достовірної інтерпретація отриманих показників класифікації між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників.

Модель, яка враховує показники будови та розмірів тіла у **практично здорових і хворих юнаків різних краніотипів** коректна у 92,2 % випадків і має високо значиму (статистика Уїлкса лямбда = 0,104; $F = 24,49$; $p < 0,001$) дискримінацію між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками мезоцефалами та брахікефалами. Показники класифікації (Df) для різних груп юнаків у залежності від особливостей будови та розмірів тіла мають вигляд таких рівнянь:

- Df (для здорових практично юнаків мезокефалів) = - ширина дистального епіфіза плеча $\times 4,429$ + найбільша ширина голови $\times 5,496$ + найбільша довжина голови $\times 13,53$ - сагітальний розмір грудної клітки $\times 3,432$ - висота плечової точки $\times 1,032$ + ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 14,46$ + довжина тіла $\times 4,569$ + сагітальна дуга голови $\times 9,061$ - 640,3;

- Df (для практично здорових юнаків брахікефалів) = - ширина дистального епіфіза плеча×4,431 + найбільша ширина голови×8,848 + найбільша довжина голови×10,78 - сагітальний розмір грудної клітки×3,323 - висота плечової точки×1,056 + ширина дистального епіфіза передпліччя×14,10 + довжина тіла×4,619 + сагітальна дуга голови×9,076 - 641,3;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит юнаків мезокефалів) = ширина дистального епіфіза плеча×1,589 + найбільша ширина голови×4,323 + найбільша довжина голови×12,37 - сагітальний розмір грудної клітки×4,369 - висота плечової точки×1,418 + ширина дистального епіфіза передпліччя×11,37 + довжина тіла×4,970 + сагітальна дуга голови×9,639 - 647,5;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит юнаків брахікефалів) = ширина дистального епіфіза плеча×3,994 + найбільша ширина голови×9,503 + найбільша довжина голови×8,250 - сагітальний розмір грудної клітки×4,002 - висота плечової точки×1,485 + ширина дистального епіфіза передпліччя×7,760 + довжина тіла×5,016 + сагітальна дуга голови×9,875 - 656,0.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між практично здоровими та хворими юнаками мезо- або брахікефалами та між хворими юнаками мезо- та брахікефалами. Між практично здоровими юнаками мезо- та брахікефалами дискримінантна функція не достовірна.

Модель, яка враховує показники будови та розмірів тіла у **практично здорових і хворих чоловіків** коректна у 91,3 % випадків і має середньо значиму (статистика Уїлкса лямбда = 0,270; F = 54,19; p<0,001) дискримінацію між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит чоловіками. Показники класифікації (Df) для різних груп чоловіків у залежності від особливостей будови та розмірів тіла мають вигляд таких рівнянь:

- Df (для практично здорових чоловіків) = ширина дистального епіфіза плеча×17,88 - висота плечової точки×0,561 + обхват плеча при максимальній напрузі×11,92 - обхват плеча в розслабленому стані×11,81 + ширина дистального епіфіза передпліччя×25,52 + висота верхньогрудинної точки×3,294 - 351,7;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит чоловіків) = ширина дистального епіфіза плеча×20,64 - висота плечової точки×1,008 + обхват плеча при максимальній напрузі×10,28 - обхват плеча в розслабленому стані×10,41 + ширина дистального епіфіза передпліччя×23,43 + висота верхньогрудинної точки×3,576 - 328,5.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між практично здоровими та хворими чоловіками.

Модель, яка враховує показники будови та розмірів тіла у **практично здорових і хворих чоловіків різних краніотипів** коректна в 91,0 % випадків і має високо

значиму (статистика Уїлкса лямбда = 0,102; $F = 18,63$; $p < 0,001$) дискримінацію між практично здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит чоловіками мезоцефалами та брахікефалами. Показники класифікації (Df) для різних груп чоловіків у залежності від особливостей будови та розмірів тіла мають вигляд таких рівнянь:

- Df (для практично здорових чоловіків мезокефалів) = найбільша ширина голови $\times 6,584$ + найбільша довжина голови $\times 13,30$ + обхват плеча при максимальній напрузі $\times 6,879$ + висота плечової точки $\times 2,264$ - обхват плеча в розслабленому стані $\times 6,536$ + обхват стегон $\times 1,760$ - обхват грудної клітки при паузі $\times 0,660$ - 419,9;
- Df (для практично здорових чоловіків брахікефалів) = найбільша ширина голови $\times 9,510$ + найбільша довжина голови $\times 11,13$ + обхват плеча при максимальній напрузі $\times 7,163$ + висота плечової точки $\times 2,251$ - обхват плеча в розслабленому стані $\times 6,240$ + обхват стегон $\times 1,448$ - обхват грудної клітки при паузі $\times 0,674$ - 406,2;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит чоловіків мезокефалів) = найбільша ширина голови $\times 5,428$ + найбільша довжина голови $\times 15,16$ + обхват плеча при максимальній напрузі $\times 4,206$ + висота плечової точки $\times 1,928$ - обхват плеча в розслабленому стані $\times 4,091$ + обхват стегон $\times 1,271$ - обхват грудної клітки при паузі $\times 0,333$ - 367,4;
- Df (для хворих на гострий гнійний гайморит чоловіків брахікефалів) = найбільша ширина голови $\times 8,911$ + найбільша довжина голови $\times 11,27$ + обхват плеча при максимальній напрузі $\times 5,053$ + висота плечової точки $\times 2,041$ - обхват плеча в розслабленому стані $\times 4,354$ + обхват стегон $\times 1,328$ - обхват грудної клітки при паузі $\times 0,487$ - 368,0.

При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації як між практично здоровими та хворими чоловіками мезо- або брахікефалами, так і між практично здоровими або хворими чоловіками мезо- та брахікефалами.

При аналізі побудованих моделей встановлено, що в юнаків до їх складу входять кефалометричні показники, поздовжні розміри тіла, ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (по 28,6 %) та діаметри грудної клітки (14,2 %); а у чоловіків – обхватні (46,1 %), поздовжні розміри тіла (23,1 %), кефалометричні показники і ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (по 15,4 %). Найбільший внесок у відмінності в юнаків найбільш часто вносять показники ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (66,7 %), а у чоловіків – обхватні розміри тіла (100 %).

Для перевірки роботи побудованих дискримінантних моделей (без урахування краніотипу) можливості виникнення гострого гнійного гаймориту нами було додатково обстежено по 10 практично здорових і хворих юнаків і чоловіків, мешканців

Подільського регіону України. Згідно результатів попереднього моделювання було встановлено, що із 10 практично здорових юнаків до групи ризику потрапило 20 % представники, а з 10 хворих юнаків – 70 %. Відповідно із 10 практично здорових чоловіків – потрапило до групи ризику захворювання на гострий гнійний гайморит 30,0 %, а з 10 хворих чоловіків – 80 %. Тобто отримані результати вказують на достатньо високу коректність моделей як в юнаків, так і у чоловіків Поділля.

Таким чином результати проведеного дослідження вказують на те, що розробка лікувально-профілактичних заходів при гострому гнійному гаймориті має здійснюватися з урахуванням конституціональних особливостей у ракурсі глибинного розуміння змін, які відбуваються в організмі. У кінцевому рахунку весь комплекс конституціональних ознак визначатиме стан здоров'я та його резерв у окремо взятої особи.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі пропонується нове вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні особливостей будови та розмірів тіла у практично здорових і хворих на гострий гнійний гайморит, одно- або двобічний гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків з урахуванням і без урахування краніотипів, що дозволило за допомогою антропо-соматотипологічних показників розробити дискримінантні моделі, які дозволяють спрогнозувати можливість виникнення гострого гнійного гаймориту в юнаків і чоловіків Поділля.

1. Визначені у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків загалом та окремо юнаків, порівняно із відповідними групами практично здорових осіб, більший відсоток мезокефалів (відповідно 31,0 % – 18,3 % і 40,0 % – 14,7 %) та менший відсоток брахікефалів (відповідно 65,0 % – 80,3 % і 60,0 % – 83,8 %) вказують на існування внутрішніх зв'язків між локальними конституціями (краніотипами) та специфічним структурно-функціональним станом організму – розвитком гострого запального процесу верхньощелепних пазух.

2. У хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування краніотипу та різних краніотипів встановлені багаточисельні достовірні відмінності значень антропо-соматотипологічних показників, порівняно із відповідними групами практично здорових юнаків і чоловіків, а також прояви субпатологічних конституціональних типів:

- у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків або чоловіків без урахування краніотипу та брахікефалів – при більших значеннях ширини нижньої щелепи (на 7,4 %) та сагітальної дуги голови (на 4,2 %) встановлено менші значення найбільшої довжини голови (на 5,3 %) та найбільшої й найменшої ширини голови (на 5,5 і 11,6 %); при більших значеннях поперечного нижньогруднинного розміру (на 4,9 %) встановлено менші значення передньо-заднього серединногруднинного розміру (на 12,5 %); при більших значеннях ТШЖС на задній поверхні плеча (на

31,2 %) та на грудях (на 46,3 %) встановлено менші значення ТШЖС під нижнім кутом лопатки (на 20,3 %) та у верхній частині стегна (на 21,6 %) (лише в юнаків);

- у хворих на *гострий гнійний гайморит чоловіків мезокефалів* – при більших значеннях ширини дистального епіфіза плеча (на 13,4 %) встановлені менші значення ширини дистального епіфіза передпліччя (на 5,2 %) та гомілки (на 6,2 %); при більших значеннях ТШЖС на задній поверхні плеча (на 13,5 %) встановлені менші значення ТШЖС у верхній частині стегна (на 29,1 %); при більших значеннях мезоморфного компоненту соматотипу (на 19,1 %) встановлені менші значення м'язового компонента маси тіла за Матейко (на 13,9 %) та АІХ (на 18,3 %);

- у хворих на *гострий гнійний гайморит юнаків мезокефалів* – при більших значеннях ТШЖС на задній поверхні плеча (на 10,0 %) встановлені менші значення ТШЖС під нижнім кутом лопатки (на 33,4 %), на боці (на 15,9 %), у верхній частині стегна (на 22,3 %) та на гомілці (на 15,2 %); при більших значеннях жирового компонента маси тіла (на 10,9 %) встановлені менші значення ендоморфного компоненту соматотипу (на 16,7 %);

- в усіх групах хворих на *гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків* – при більших значеннях мезоморфного компоненту соматотипу (на 30,1 %) встановлені більші значення обхвату плеча у розслабленому стані (на 10,6 %) та менші обхвату плеча при максимальній напрузі (на 4,8 %).

Більшість антропометричних і соматотипологічних показників у практично здорових або хворих на гострий гнійний гайморит юнаків без урахування краніотипу та різних краніотипів менші порівняно з чоловіками аналогічних груп порівняння.

3. Між хворими на одно- та двобічний гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками без урахування краніотипу та брахікефалами не встановлено відмінностей кефалометричних показників (за винятком більшого значення ширини нижньої щелепи у хворих на однобічний гострий гнійний гайморит юнаків брахікефалів), а також антропометричних і соматотипологічних показників, що свідчить про відсутність модифікуючого впливу особливостей будови та розмірів тіла на специфіку локалізації та поширеності запального процесу (одно- або двобічний гострий гнійний гайморит).

4. Розроблені на основі антропо-соматотипологічних показників дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість виникнення гострого гнійного гаймориту в юнаків і чоловіків Поділля без урахування (коректність в 96,1 % – 91,3 % випадків; статистика Уїлкса лямбда = 0,260 – 0,270; $p < 0,001$) та з урахуванням краніотипу (коректність в 92,2 % – 91,0 % випадків; статистика Уїлкса лямбда = 0,104 – 0,102; $p < 0,001$). До складу моделей в юнаків входять кефалометричні показники, поздовжні розміри тіла, ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (по 28,6 %) та діаметр грудної клітки (14,2 %); а у чоловіків – обхватні (46,1 %), поздовжні розміри тіла (23,1 %), кефалометричні показники та ши-

рина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (по 15,4 %). Найбільший внесок у дискримінацію в юнаків найбільш часто вносять показники ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток верхньої кінцівки (66,7 %), а у чоловіків – обхватні розміри тіла (100 %).

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Школьник Е. Я. Тотальні й поздовжні розміри тіла у здорових і хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування та з урахуванням краніотипу / Е. Я. Школьник // Український медичний альманах. – 2013. – Т. 16, № 6. – С. 64-67.
2. Школьник Е. Я. Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками без урахування та з урахуванням краніотипу / Е. Я. Школьник // Вісник наукових досліджень. – 2014. – № 4 (77). – С. 69-74.
3. Гунас І. В. Порівняльний антропометричний аналіз товщини шкірно-жирових складок тіла між здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками без урахування та з урахуванням краніотипу / І. В. Гунас, Е. Я. Школьник // Український морфологічний альманах. – 2014. – Т. 12, № 4. – С. 21-25. *(входить до переліку міжнародних наукометричних баз) (здобувачем проведена обробка, описання та узагальнення отриманих результатів)*
4. Школьник Е. Я. Обхватні розміри тіла у здорових та хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків без урахування та з урахуванням краніотипу / Е. Я. Школьник // Світ медицини та біології. – 2014. – № 4 (46). – С. 58-64. *(входить до переліку міжнародних наукометричних баз)*
5. Моделирование с помощью дискриминантного анализа возможности заболевания юношей и мужчин подольского региона Украины острым гнойным гайморитом в зависимости от особенностей строения и размеров тела / Э. Я. Школьник, И. В. Гунас, Н. Е. Лисничук, И. М. Кириченко // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2015. – № 2 (83). – С. 142-148. ISSN 2181-5674 *(Узбекистан) (здобувачем проведена обробка та описання отриманих результатів)*
6. Школьник Е. Я. Вікові відмінності антропо-соматотипологічних показників між хворими на одно- і двобічний гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками / Е. Я. Школьник // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2015. – № 1 (86). – С. 23-26. *(входить до переліку міжнародних наукометричних баз)*
7. Школьник Е. Я. Розбіжності кефалометричних показників між здоровими і хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками Поділля без урахування краніотипу і брахікефалів / Е. Я. Школьник // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 44-47.
8. Гумінський Ю. Й. Особливості розподілу соматотипів та краніотипів у здорових та хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків / Ю. Й. Гумінський,

В. І. Шепітько, Е. Я. Школьник // Вісник морфології. – 2015. – Т. 21, № 1. – С. 148-152. (здобувачем проведена обробка, описання та узагальнення отриманих результатів)

9. Школьник Е. Я. Особливості антропометричних параметрів у хворих на гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків Поділля / Е. Я. Школьник // Матеріали VII міжнародного конгресу з інтегративної антропології, 17-18 жовтня 2013 р. : тез. доп. – Вінниця, 2013. – С. 173.

10. Школьник Е. Я. Розбіжності антропо-соматотипологічних показників між хворими на гострий гнійний гайморит юнаками і чоловіками загальних груп та брахікефалів / Е. Я. Школьник // Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства : мат. міжнар. наук.-практ. конф., 20-21 лютого 2015 р. : тез. доп. – Одеса, 2015. – С. 63-65.

11. Школьник Е. Я. Найбільш виражені розбіжності антропо-соматотипологічних показників між здоровими та хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками Поділля / Е. Я. Школьник // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки : мат. міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 лютого 2015 р. : тез. доп. – Львів, 2015. – С. 81-84.

12. Школьник Е. Я. Розбіжності антропо-соматотипологічних та кефалометричних показників між хворими на гострий гнійний гайморит юнаками або чоловіками різних краніотипів / Е. Я. Школьник // Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики : мат. міжнар. наук.-практ. конф., 6-7 березня 2015 р. : тез. доп. – Київ, 2015. – С. 13-15.

АНОТАЦІЯ

Школьник Е. Я. Антропометричні та соматотипологічні параметри юнаків і чоловіків Поділля в нормі та при гаймориті. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 – нормальна анатомія. - Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2016.

Встановлені особливості будови й розмірів тіла у практично здорових і хворих на гострий гнійний гайморит, одно- або двобічний гострий гнійний гайморит юнаків і чоловіків з урахуванням і без урахування краніотипів. У хворих юнаків і чоловіків без розподілу та з розподілом на різні краніотипи спостерігаються субпатологічні конституціональні типи, які характеризуються різноспрямованістю змін поперечних і обхватних розмірів тіла, товщини шкірно-жирових складок і кефалометричних показників. Отримані результати дозволили за допомогою антропо-соматотипологічних показників побудувати дискримінантні моделі, що дозволяють поділити юнаків і чоловіків Поділля на здорових і хворих на гострий гнійний гайморит, що дозволить своєчасно сформулювати диспансерні групи та проводити профілактичні заходи з попередження виникнення даного захворювання.

Ключові слова: антропометрія, краніотип, здорові юнаки та чоловіки Поділля, хворі на гострий гнійний гайморит.

АННОТАЦІЯ

Школьник Э. Я. Антропометрические и соматотипологические параметры юношей и мужчин Подолья в норме и при гайморите. – На правах рукописи.

Диссертация на получение научной степени кандидата медицинских наук за специальностью 14.03.01 - нормальная анатомия. - Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2016.

45 больным острым гнойным гайморитом юношам в возрасте от 18 до 21 года и 55 больным острым гнойным гайморитом мужчинам в возрасте от 22 до 25 лет, в третьем поколении жителей Подольского региона Украины, проведено антропологическое обследование по В.В. Бунаку. В ходе научных исследований проведенных в научно-исследовательском центре Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова получены первичные антропометрические показатели 136 практически здоровых юношей и 72 практически здоровых мужчин аналогичного возраста, также в третьем поколении жителей Подолья.

В зависимости от величины черепного индекса определяли: долихокефалический, мезокефалический и брахицефалический типы строения головы. Для определения соматотипа использовали математическую схему J. Carter и В. Heath. Для определения компонентов массы тела использовали формулы J. Matiegka. Мышечный компонент также определяли с помощью метода Американского института питания.

Установлены отличия распределения краниотипов между здоровыми и больными острым гнойным гайморитом особами общей группы и разных возрастных групп. Выявлена большая частота больных мезоцефалов, в сравнении со здоровыми, а также среди больных - большая частота мезокефалов и брахицефалов, нежели долихокефалов.

Выявлены отличия антропо-соматотипологических показателей и распределения соматотипов между соответствующими группами (общие и разных краниотипов) здоровых и больных юношей или мужчин; между здоровыми юношами или мужчинами и больными юношами или мужчинами, а также между здоровыми юношами и мужчинами или больными юношами и мужчинами.

Установлено, что у больных юношей и мужчин без разделения и с разделением на разные краниотипы наблюдаются субпатологические конституциональные типы характеризующиеся разнонаправленностью изменений поперечных и охватных размеров тела, толщины кожно-жировых складок и кефалометрических показателей.

Установлены особенности распределения краниотипов и особенности антропо-соматотипологических показателей среди исследуемых с одно- и двусторонним

острым гнойным гайморитом. Практическое отсутствие достоверных отличий кефалометрических и антропо-соматотипологических показателей между больными одно- и двусторонним острым гнойным гайморитом юношами или мужчинами без учета краниотипа и брахицефалами свидетельствует в пользу отсутствия влияния размеров и строения тела на локализацию и распространение воспалительного процесса.

В построенных, с помощью дискриминантного анализа, математических моделях возможности заболевания острым гнойным гайморитом юношей и мужчин Подолья общих групп и разных краниотипов, в зависимости от особенностей строения и размеров тела, установлено, что при разделении на разные краниотипы уровень дискриминации выше, нежели в соответствующих моделях юношей или мужчин общих групп. При анализе вхождения в модели антропометрических и соматотипологических показателей, а также их наибольшего вклада в дискриминацию, в большинстве случаев, установлены возрастные отличия.

Ключевые слова: антропометрия, краниотип, здоровые юноши и мужчины Подолья, больные острым гнойным гайморитом.

ANNOTATION

Shkolnik E. Ia. Anthropometric and somatotypological parameters of boys and men of Podillya in normal and with sinusitis. - On the rights of the manuscript.

Dissertation for obtaining scientific degree candidate of medical sciences in specialty 14.03.01 - normal anatomy. - Vinnitsa National Medical University named after Pirogov, Ministry of Public Health of Ukraine, Vinnytsia, 2016.

The peculiarities of the structure and size of the body healthy and in patients with acute purulent sinusitis, single or double-faced acute purulent sinusitis of boys and men with and without taking into account the craniotypes. In patients boys and men without division and with distribution on different craniotypes observed subpathological constitutional types, characterized by different direction of changes of transverse and covering body size, thickness of skin and fat folds and cephalometric indicators. Obtained results allowed using anthropo-somatotypological indicators build discriminant models, allowing to divide boys and men of Podillya on healthy and patients with acute purulent sinusitis, which will allow to form in time a dispensary groups and carry out preventive measures to prevent this disease.

Keywords: anthropometry, craniotypes, healthy youths and men of Podillia, patients with acute purulent sinusitis.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АІХ	– Американський інститут харчування
ВНМУ	– Вінницький національний медичний університет
НДЦ	– науково-дослідний центр
ТШЖС	– товщина шкірно-жирової складки

Підписано до друку 11.03.2016 р. Заовл. № 092.
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Тираж 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Пирогова, 56.

