

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА**

ТИХОЛАЗ ВІТАЛІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

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

**ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОМЕТРИЧНИХ ТА ДЕРМАТОГЛІФІЧНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ**

14.03.01 – нормальна анатомія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2010

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 МОЗ України,
завідувач кафедри анатомії людини.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Півторак Володимир Ізяславович,
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І.Пирогова МОЗ України (м. Вінниця),
професор кафедри оперативної хірургії та
топографічної анатомії;

доктор медичних наук, професор
Сікора Віталій Зіновійович,
медичний інститут Сумського державного
університету МОН України (м. Суми),
завідувач кафедри анатомії людини.

Захист відбудеться “___” _____ 2010 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.02 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України (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 “___” _____ 2010 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д.05.600.02,
кандидат медичних наук, доцент

О.В.Власенко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Зміни класичних клінічних проявів шизофренії, вивчення факторів впливу на її патоморфоз і прогноз експерти ВООЗ (2003) та окремі науковці відносять до важливих питань сучасної медицини (Корнетов Н.А., 2001, 2002, 2004; Бутова О.А. зі співав., 2002; Двирский А.Е., 2002, 2005; Яновский Т.С., 2005). До факторів, що впливають на патоморфоз шизофренії, відносять зміну впливу ідентичної спадкової обтяженості, статевих відмінностей (Двирский А.Е., 2005; Яновский Т.С., 2005) тощо.

За даними Carpenter W.T. та R.W. Buchanan (1999) близько 1 % населення земної кулі хворіє на шизофренію. Поширеність цього захворювання серед дорослих та дітей, його хронічний перебіг, що призводить до зниження працездатності і високої частоти небезпечних дій, скоєних хворими, свідчить про те, що дослідження питань шизофренії має важливе значення для медицини, а також для соціальної та судової психіатрії (Первомайский В.Б., 2000, Напрєєнко О.К., 2001, Михайлова Е.А., 2002, Москаленко В.Ф., 2002).

Шизофренія відноситься до полігенних захворювань, на ступінь прояву якого впливають генотипові та екзогенні фактори. При безперервному перебігу параноїдної форми шизофренії серед екзогенних факторів важливе місце займають особливості харчування, побуту, нервово-емоційні та фізичні навантаження, принципові нові соціальні умови перебування та медикаментозне лікування, які впливають на хворого в умовах стаціонару. В останні десятиріччя перспективним вважають пошук генетичних факторів, що впливають і модифікують перебіг шизофренії (Двирский А.Е., Яновский Т.С., 2005; Elizarras-Rivas J. et al., 2002). Виявлення цих факторів буде сприяти встановленню чіткого прогнозу важкості перебігу шизофренії, подальшої індивідуалізації лікувальних і реабілітаційних заходів, спрямованих на запобігання соціальної дезадаптації. При вирішенні цих проблем перспективним є пошук генотипових маркерів (Михайлова Е.А., 2002).

Сучасні підходи у вивченні патогенезу та терапії шизофренії зумовлюють необхідність прогнозування тривалості безремісійного періоду перебігу захворювання. Діагностика тривалості рецидиву по клінічним проявам досить складна, крім того, різні автори використовують різні визначення того, яке саме співвідношення ознак необхідно вважати рецидивом. У зв'язку з цим замість тривалості рецидивів у багатьох дослідженнях використовують тривалість стаціонарного лікування (Lehman A.F., 2004).

Таким чином, висока розповсюдженість шизофренії, недостатньо повно досліджений вплив на будову тіла та фізичний розвиток хворих екзогенних та генотипових факторів, а також відсутність наукових публікацій стосовно тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії в залежності від соматометричних та дерматогліфічних показників залишаються практично не вивченими як в Україні, так і в усьому світі і відповідно визначають актуальність даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертації затверджена Вченою радою стоматологічного та фармацевтичного факультетів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (протокол №2 від 13.11.2008 року) та проблемною комісією МОЗ і АМН України «Морфологія людини» (протокол № 93 від 28.05.2009 року) і є фрагментом планової наукової роботи кафедри нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова “Вплив умов зовнішнього середовища (адміністративні, клімато-географічні зони України) та комплексу специфічних екзогенних факторів на антропометричні параметри” (№ державної реєстрації: 0110U001748).

Мета дослідження. Визначити особливості соматометричних та дерматогліфічних показників, соматотипів, компонентного складу маси тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості безремійного періоду перебігу захворювання.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити наступні основні **задачі**:

1. Встановити особливості соматометричних показників у хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування та практично здорових чоловіків і жінок першого періоду зрілого віку.

2. Встановити особливості соматотипів та визначити компонентний склад маси тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків та жінок в залежності від тривалості стаціонарного лікування та практично здорових чоловіків і жінок першого періоду зрілого віку.

3. Встановити особливості пальцевої та долонної дерматогліфіки у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків і жінок.

4. Розробити прогностичні дискримінантні моделі тривалості безремійного періоду перебігу захворювання у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків та жінок Подільського регіону України за допомогою фенотипових ознак і генетичних маркерів.

Об'єкт дослідження – антропогенетичні ознаки тривалості перебігу параноїдної форми шизофренії без стійкої ремісії.

Предмет дослідження – особливості соматометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників у чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку, хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

Методи дослідження – загально-клінічні – для верифікації діагнозу параноїдна форма шизофренії; антропометричні та соматотипологічні – для встановлення особливостей будови тіла; дерматогліфічні – для встановлення особливостей долонної та пальцевої дерматогліфіки; математичні – для статистичного аналізу отриманих результатів та побудови прогностичних моделей.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на території України надано комплексну оцінку антропогенетичних особливостей у чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку, хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

Вперше встановлено статевий диморфізм відмінностей габаритних, поперечних та поздовжніх розмірів тіла, ширини дистальних епіфізів, обхватних розмірів тіла, товщини шкірно-жирових складок у хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

Вперше визначені соматотипологічні особливості у хворих на параноїдну форму шизофренії різної статі першого періоду зрілого віку Подільського регіону України в залежності від тривалості стаціонарного лікування.

Вперше встановлено відмінності дерматогліфів у чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку Подільського регіону України в залежності від тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії.

На основі проведених антропогенетичних досліджень вперше розроблені дискримінантні моделі прогнозування тривалості перебігу параноїдної форми шизофренії без стійкої ремісії у чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку Подільського регіону України.

Практичне значення отриманих результатів. Результати наукового дослідження дозволили розробити математичні моделі прогнозування тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії у чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку, що є основою для індивідуалізації підходу у виборі тактики діагностики, лікування та реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від статі та антропометричних параметрів.

Отримані результати досліджень використовуються в лекційних курсах та практичній роботі кафедри нормальної анатомії, кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії, кафедри психіатрії та наркології, кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова; кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії Буковинського державного медичного університету, кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кафедри анатомії людини Запорізького державного медичного університету, кафедри нормальної анатомії Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського, кафедри загальної хірургії, оперативної хірургії та топографічної анатомії Луганського державного медичного університету, кафедри анатомії людини Української медичної стоматологічної академії, кафедри анатомії людини та гістології Ужгородського національного університету, кафедри анатомії людини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, кафедри урології, оперативної хірургії і топографічної анатомії Дніпропетровської державної медичної академії, кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії Одеського державного медичного університету, кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії Харківського національного медичного університету, а також в практичній роботі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко.

Особистий внесок здобувача. Здобувачем самостійно проведено патентно-інформаційний пошук, разом з керівником здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень наукового дослідження, визначено мету та завдання

даного дослідження. Автор самостійно провів набір чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку, хворих на параноїдну форму шизофренії, статистичну обробку отриманих даних, аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформулював усі положення і висновки. Дисертантом написані всі розділи дисертації, 6 статей в наукових фахових виданнях, де автору належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей соматометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку Подільського регіону України. Частина результатів (не більше 5%), що стосуються особливостей соматометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників у практично здорових чоловіків та жінок першого періоду зрілого віку Подільського регіону України, отримана спільно з групою виконавців планової наукової роботи НДЦ ВНМУ ім. М.І.Пирогова “Розробка нормативних критеріїв здоров’я різних вікових та статевих груп населення”.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи викладені та обговорені на 42 університетській науково-практичній конференції молодих вчених та фахівців (м. Вінниця, 18 травня 2006), науково-практичній конференції, присвяченій пам’яті професорів-морфологів Терентьєва Г.В., Роменського О.Ю., Когана Б.Й. “Актуальні проблеми функціональної морфології та інтегративної антропології ” (м. Вінниця, 20-21 травня 2009) та 45-й університетській науково-практичній конференції молодих вчених "Актуальні питання експериментальної, клінічної та профілактичної медицини" (м. Вінниця, 20 травня 2009).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 9 наукових праць, які повністю відображають зміст проведеного дослідження. 6 праць опубліковано у виданнях, рекомендованих ВАК України, 3 - у матеріалах конференцій та конгресів.

Обсяг та структура дисертації. Матеріали дисертаційної роботи викладені державною мовою на 200 сторінках. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, загальної методики і основних методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, списку літературних джерел та додатків. Робота ілюстрована 81 рисунком та 39 таблицями. Список літературних джерел містить 240 робіт, з яких 183 викладені кирилицею, 57 – латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. У відповідності до мети та завдань дослідження на базі психіатричного стаціонару Вінницької обласної психоневрологічної лікарні обстежено хворих першого періоду зрілого віку (146 чоловіків від 22 до 35 років та 113 жінок від 21 до 35 років згідно схеми вікової періодизації онтогенезу людини, яка була прийнята на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології та біохімії АПН СРСР) з діагнозом: параноїдна форма шизофренії, безперервно-прогресивний перебіг (F20.00 відповідно до МКХ-10). Комісією з біоетики Вінницького національного медичного університету ім.

М.І.Пирогова (протокол №12 від 24 червня 2009 року) встановлено, що проведені дослідження відповідають етичним та морально-правовим нормам.

Хворі отримували лікування в умовах стаціонару вперше.

Всіх обстежених було розділено на дві групи: в першу групу входили хворі з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців, після лікування яких досягнуто стійку ремісію; другу групу склали хворі, тривалість стаціонарного лікування яких перевищувала один рік та була відсутня стійка ремісія у перебігу шизофренії (табл. 1).

Таблиця 1.

Структура обстежених здорових та хворих на параноїдну форму шизофренії(середній вік - $M \pm m$)

Стать	Контрольна група (1 група)		Основна група			
	кількість	$M \pm m$	лікув. до 6 місяців (2 група)		лікув. більше 1 року (3 група)	
			кількість	$M \pm m$	кількість	$M \pm m$
Чоловіки	99	24,3±4,7	63	26,5±3,4	83	25,3±3,3
Жінки	99	25,9±4,8	66	27,8±4,8	47	26,8±5,0

В якості контролю нами були використані антропометричні та дерматогліфічні дані 198 практично здорових людей першого періоду зрілого віку (99 чоловіків від 22 до 35 років та 99 жінок від 21 до 35 років) мешканців Подільського регіону України з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Достовірна різниця за віком у всіх групах обстежених відсутня ($p > 0,05$).

Відповідно до схеми В.В.Бунака (1941) в модифікації П.П. Шапаренка (2000) визначали тотальні (довжина і маса тіла), парціальні розміри (поздовжні, обхватні, поперечні, сагітальні) і товщини шкірно-жирових складок. Для оцінки фізичного розвитку використовували індекси пропорційності (Кетле I, Кетле II, Рорера, Ерісмана, Танера, Піньє, Rees-Eysenk) та відношення окремих сегментів до довжини тіла людини (Башкіров П.Н., 1962). Соматотипування проводили за схемою Heath В.Н., Carter J.L. (1990). Для визначення жирового, кісткового і м'язового компонентів маси тіла використовували формули J.Matiegka (1921). Крім того, м'язовий компонент визначали за методом американського інституту харчування (S. Sánchez-García, 2007).

Дерматогліфічне дослідження виконане за методикою Н.Cummins, Ch.Midlo (1961) з урахуванням уніфікованої Лондонської класифікації з дерматогліфіки (Loesch, 1971).

Статистична обробка отриманих результатів проведена в стандартному пакеті "STATISTICA 6.1" (ліцензійний № BXXR901E246122FA) та Microsoft Excel з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих ре-

зультатів. Оцінювали нормальність розподілу ознак за кожним з отриманих варіаційних рядів, середні значення по кожній ознаці, що вивчається, стандартні похибки та відхилення. Для оцінки відмінностей між групами застосовували t-критерій Стьюдента та U-критерій Мана-Уїтні. Достовірність різниці значень між незалежними якісними величинами визначали за формулою Е. Вебера (1961). Для розробки математичних моделей прогнозування тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії застосовували метод покрокового дискримінантного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що маса тіла у хворих чоловіків, тривалість лікування яких складає до 6 місяців, є меншою на 7,7% порівняно з практично здоровими чоловіками та на 8,8% менше у порівнянні з хворими чоловіками, які лікуються більше 1 року. У хворих жінок, які лікуються більше 1 року маса тіла є більшою у порівнянні з аналогічними групами обстежених (на 6,3% та 7,2%) (рис. 1).

Отримані результати погоджуються з дослідженнями Мосолова С.Н. (2003), Крилова В.І. (2004), Горобець Л.Н. (2007), Чомського А.Н. (2008), Мартиніхіна І.А. (2009) і обумовлені розвитком у хворих метаболічного синдрому внаслідок тривалого вживання нейролептиків. Дані результати підтверджують і розрахункові параметри, які включають масу тіла, зокрема індекс маси тіла, щільності, зростаючий індекс. Статеві відмінності значень маси тіла можуть бути обумовлені гендерними особливостями компенсаторно-приспосувальних реакцій на медикаментозне лікування.

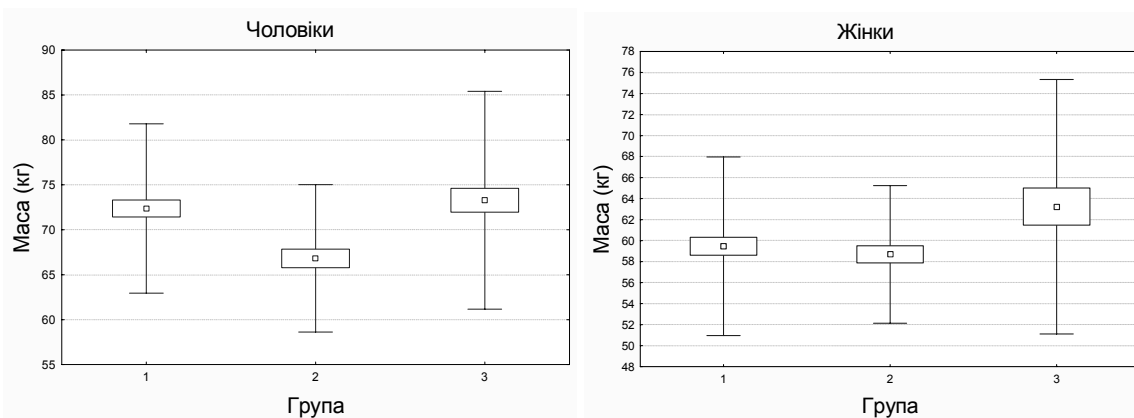


Рис. 1 Діаграми розмаху маси тіла чоловіків і жінок хворих на параноїдну форму шизофренії (кг) (1 група – практично здорові особи; 2 група – хворі, тривалість стаціонарного лікування яких складає до 6 місяців; 3 група – хворі, тривалість стаціонарного лікування яких складає більше 1 року).

Довжина тіла на 2,4% менша у хворих чоловіків, незалежно від тривалості стаціонарного лікування. Довжина тулуба у чоловіків та жінок хворих на параноїдну форму шизофренії є достовірно меншою (на 4,6% та 5,5%) порівняно з практично здоровими та не залежить від тривалості перебування хворих у стаціонарі ($p < 0,01$).

Довжини верхньої кінцівки на 5,0% достовірно менша у чоловіків хворих на параноїдну форму шизофренії у порівнянні із практично здоровими. Довжина верхньої кінцівки у хворих на параноїдну форму шизофренії жінок та практично здорових осіб достовірно не відрізняється.

Довжина нижньої кінцівки на 2,1% менша у хворих чоловіків при лікуванні в умовах стаціонару до 6 місяців порівняно з практично здоровими чоловіками. Встановлено на 4% більше значення даного розміру у жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії незалежно від тривалості стаціонарного лікування (табл. 2).

Таблиця 2.

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

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
Довжина тіла (см)	Ч	178,06±6,50	173,85±6,19	173,54±6,52	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	164,96±6,25	164,36±5,00	164,33±6,37	>0,05	>0,05	>0,05
Довжина тулуба (см)	Ч	53,66±3,49	51,18±4,01	50,73±4,28	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	49,18±3,94	46,67±2,31	46,18±2,52	<0,05	<0,05	>0,05
Довжина верхньої кінцівки (см)	Ч	82,12±4,53	79,07±5,82	77,99±4,14	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	74,04±4,12	74,24±3,30	73,86±3,60	>0,05	>0,05	>0,05
Довжина нижньої кінцівки (см)	Ч	93,90±5,99	92,04±4,85	93,28±7,16	<0,05	>0,05	>0,05
	Ж	87,49±5,95	90,96±4,31	90,69±4,43	<0,05	<0,05	>0,05

Примітка: ч – чоловіки; ж – жінки; p_{1-2} – достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців; p_{1-3} – достовірність відмінностей між здоровими та хворими з тривалістю стаціонарного лікування більше 1 року; p_{2-3} – достовірність відмінностей між хворими з різною тривалістю стаціонарного лікування.

Разом з відмінностями тотальних розмірів тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування встановлено відповідно відмінності товщини шкірно-жирових складок та обхватних розмірів (периметрів). Так, товщина шкірно-жирової складки під лопаткою і на передній поверхні стегна на 10,7% та 9,6% відповідно менша у чоловіків, які лікуються у стаціонарі до 6 місяців, також на 2,2% менше значення периметру стегон, периметру передпліччя на 2,8% у верхній третині і на 2,6% у нижній третині та грудної клітки (на 3,5% в спокої і на 3,6% на видиху) у порівнянні з практично здоровими чоловіками ($p < 0,01$).

Менше значення периметру стегон та грудної клітки у чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії також було встановлено Зайченком А.А. (2009). Однак, при тривалості стаціонарного лікування хворих чоловіків більше 1 року відмінності товщини шкірно-жирових складок і периметрів мають протилежний характер: більше значення товщини усіх шкірно-жирових складок, крім товщини скла-

дки передньої поверхні стегна і під нижнім кутом лопатки, а також на 2,9% більше значення периметру гомілки у нижній третині, на 10,8% - периметру талії і на 3,4% менше значення периметру стопи у порівнянні з практично здоровими чоловіками ($p < 0,01$).

У хворих жінок незалежно від тривалості стаціонарного лікування встановлено достовірно більше значення товщини усіх шкірно-жирових складок, крім товщини складки у ділянці грудей у порівнянні з практично здоровими жінками ($p < 0,01$).

Обхватні розміри (периметри) у хворих жінок мають такі ж тенденції, як і у чоловіків. Так, встановлено менше значення периметру гомілки (на 2,9% у верхній третині, на 2,7% у нижній третині), периметру передпліччя (на 4,7% у верхній третині, на 2,3% у нижній третині), периметру плеча (на 4,5% у спокої, на 2,6% у напруженому стані), на 2,1% менше значення периметру шиї у жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців у порівнянні з практично здоровими жінками ($p < 0,01$). При тривалості стаціонарного лікування більше 1 року у хворих жінок встановлено на 4,8% більше значення периметру стегна, на 4,9% - периметру талії, на 3,5% - периметру стегон, на 3,4% - периметру стопи у порівнянні з практично здоровими жінками ($p < 0,01$).

Обхватні розміри та товщини шкірно-жирових складок мають аналогічні відмінності з масою тіла та масо-ростовими індексами і вказують на розвиток у хворих на шизофренію метаболічного синдрому.

Поперечні розміри тіла у хворих різної статі в залежності від тривалості перебування у психіатричному стаціонарі мають наступні відмінності: на 3,0% менше значення міжкостьової відстані, на 2,9% - міжребеневої відстані у хворих чоловіків, які лікуються в умовах стаціонару до 6 місяців у порівнянні з практично здоровими чоловіками (табл.3).

При тривалості стаціонарного лікування більше 1 року встановлено на 6,8% більше значення ширини дистального епіфізу плеча та на 7,8% більше значення ширини дистального епіфізу стегна у хворих чоловіків у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців встановлено на 5,9% більше значення ширини голови у порівнянні з практично здоровими жінками (див. табл. 3). При тривалості стаціонарного лікування хворих жінок більше 1 року на 2,6% більше значення міжребеневої відстані у порівнянні з практично здоровими жінками. Виявленні статеві відмінності поздовжніх та поперечних розмірів тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії з різною тривалістю стаціонарного лікування не змінюються під впливом медикаментозного лікування, на відмінну від товщини шкірно-жирової складки та обхватних розмірів тіла і, тому, на основі даних розмірів можна розробити дискримінантні моделі тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії.

Мезоморфний (атлетичний) тип тілобудови зустрічається однаково часто у чоловіків і жінок незалежно від тривалості стаціонарного лікування (більшість індексів пропорційності). Виключення складають індекс довжини тулуба, за даними

якого серед чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців частіше зустрічається доліхоморфний (астенічний) соматотип та індекс Пінє який вказує на більшу частоту брахіморфного (пikнічного) соматотипу серед хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року. У жінок два індекси (довжини тулуба і довжини нижньої кінцівки) вказують на більшу розповсюдженість доліхоморфного соматотипу, і, лише, індекс ширини тазу виявляє високу частоту, з якою зустрічається брахіморфний тип тілобудови. Одержані соматотипологічні дані узгоджуються з дослідженнями Корнетова (1998).

Таблиця 3

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

Показник	Стать	Практично здорові	Тривалість стаціонарного лікування до 6 місяців	Тривалість стаціонарного лікування більше 1 року	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
Ширина голови (см)	Ч	15,55±0,77	14,90±0,76	14,96±0,90	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	15,12±0,78	14,23±1,00	15,00±0,87	<0,05	>0,05	<0,05
Ширина плечей (см)	Ч	41,97±2,59	41,13±2,30	40,53±2,02	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	36,69±2,64	36,93±1,66	37,27±1,98	>0,05	>0,05	>0,05
Міжостьова відстань (см)	Ч	26,00±1,81	25,23±1,57	26,55±2,32	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	24,77±2,16	26,45±1,48	26,87±2,04	<0,05	<0,05	>0,05
Міжгребенева відстань (см)	Ч	29,08±1,20	28,23±1,94	29,28±2,06	<0,05	>0,05	<0,05
	Ж	26,72±2,95	29,62±1,58	30,30±2,44	<0,05	<0,05	>0,05
Міжвертлюгова відстань (см)	Ч	33,07±1,85	32,25±1,82	32,29±2,07	<0,05	<0,05	>0,05
	Ж	32,34±1,98	32,76±1,64	33,2±2,53	>0,05	<0,05	>0,05
Ширина д/ епіфіза плеча (см)	Ч	6,88±0,44	6,88±0,57	7,35±1,94	>0,05	<0,05	>0,05
	Ж	5,89±0,41	6,15±0,30	6,35±0,36	<0,05	<0,05	<0,05
Ширина д/ епіфіза передпл. (см)	Ч	5,76±0,33	5,56±0,38	5,22±0,46	<0,05	<0,05	<0,05
	Ж	4,93±0,27	5,08±0,22	5,18±0,30	<0,05	<0,05	<0,05
Ширина д/ епіфіза стегна (см)	Ч	8,96±0,48	8,98±0,59	9,72±1,08	>0,05	<0,05	<0,05
	Ж	8,23±0,52	8,40±0,47	8,65±0,57	<0,05	<0,05	<0,05
Ширина д/ епіфіза гомілки (см)	Ч	7,27±0,42	6,90±0,72	6,34±0,87	<0,05	<0,05	<0,05
	Ж	6,37±0,40	6,52±0,28	6,62±0,46	<0,05	<0,05	>0,05

Широка грудна клітка (за значеннями індексу Ерісмана) зустрічається частіше у хворих жінок (57,6%) незалежно від тривалості стаціонарного лікування та у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року (55,4%). *Вузька грудна клітка* частіше зустрічається у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців, а також серед практично здорових чоловіків та жінок. Більшу частоту, з якою зустрічається вузька грудна клітка

ка у хворих чоловіків підтверджує достовірно менше значення периметру грудної клітки в спокої та на висоті видиху у даної групи обстежених.

Мезоморфний та гінекоморфний соматотип (за значеннями індексу статевого диморфізму) частіше зустрічається у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків, які лікуються у стаціонарі більше 1 року (45,8% та 10,8% відповідно), у порівнянні з практично здоровими чоловіками та хворими чоловіками, тривалість стаціонарного лікування яких становить менше 6 місяців. У хворих жінок встановлена більша частота, з якою зустрічається гінекоморфний соматотип (70,2% та 71,2%) (рис. 2).

Ендоморфний та мезоморфний компоненти соматотипу мають достовірно більше значення (відповідно на 32,7% і 15,1%), а екторморфний компонент на 24,8% менше значення у хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року у порівнянні з практично здоровими чоловіками. У хворих жінок встановлено більше значення ендоморфного компоненту (на 29,8% та 36,6%) незалежно від тривалості стаціонарного лікування, на 19% більше мезоморфного і на 21,6% менше екторморфного - при тривалості стаціонарного лікування більше 1 року ($p < 0,01$).

Жировий компонент маси тіла (Матейко), відображає встановленні в ході дослідження відмінності низки обхватних розмірів, товщини шкірно-жирових складок та ендоморфного компоненту соматотипу.

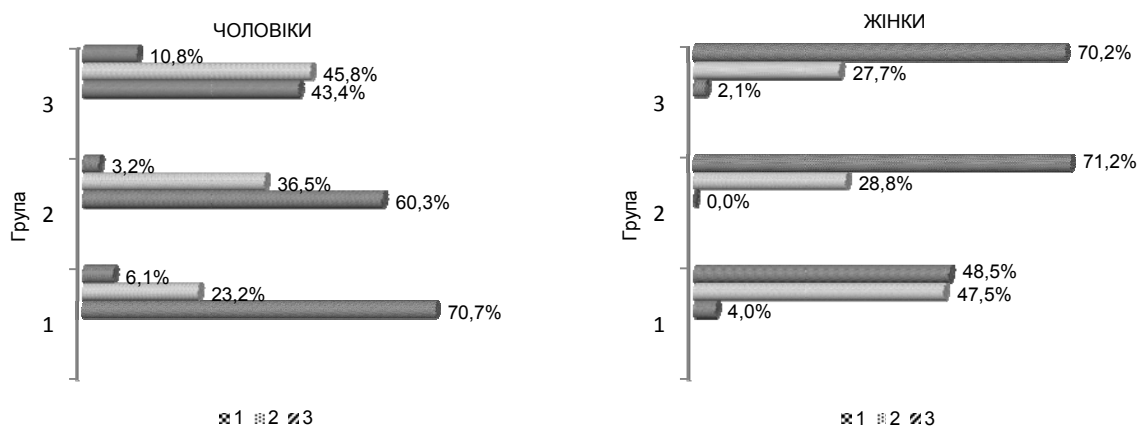


Рис. 2 Лінійчаті діаграми розподілу значень індексу статевого диморфізму (J.Tanner) чоловіків та жінок хворих на параноїдну форму шизофренії (1- гінекоморфний тип; 2 - мезоморфний тип; 3 - андроморфний тип).

На 35,6% більше його значення встановлено у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року, а також у хворих жінок, які лікуються у стаціонарі протягом 6 місяців і більше 1 року (відповідно на 26,5% та 35,5%) у порівнянні з практично здоровими особами. Значення кісткового компоненту маси тіла на 6,0% менше у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців, а у хворих жінок - на 4,8% більше його значення у порівнянні з практично здоровими особами. При тривалості лікування жінок бі-

льше 1 року встановлено на 9,8% більше значення даного показника у порівнянні з практично здоровими жінками. М'язовий компонент маси тіла (Матейко та Американського інституту харчування) на 9,4% має менше значення у хворих жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців у порівнянні з практично здоровими жінками. Встановлено менше значення м'язового компоненту у хворих чоловіків, які триваліше перебувають у стаціонарі, до 6 місяців - на 7,3%, більше 1 року - на 13,6% у порівнянні з практично здоровими чоловіками ($p < 0,01$).

При аналізі кількісних і якісних дерматогліфічних показників було встановлено як загальні ознаки, що проявлялися в групах здорових і хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків та жінок, так і ознаки, що були характерними для тієї чи іншої групи, а також їх бімануальні та статеві варіації.

Між групами хворих і здорових осіб встановлено наступні відмінності *кількісних показників пальцевої дерматогліфіки* ($p < 0,01$):

- на 1,81 гребеня (12,2%) менший гребеневий рахунок IV пальця правої кисті у хворих жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців;
- на 1,63 гребеня (9,9%) менший гребеневий рахунок IV пальця та на 8,9 гребенів (12,0%) менший сумарний гребеневий рахунок пальців правої кисті, а також менший гребеневий рахунок I (на 4,64 гребенів - 25,9%), IV (на 2,04 гребеня - 12,9%), V (на 1,82 гребеня - 13,7%) пальців, сумарний гребеневий рахунок пальців лівої кисті та тотальний гребеневий рахунок відповідно на 9,48 та 17,32 гребенів (13,5% та 12,1%) у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких складає більше 1 року;
- менший гребеневий рахунок I (до 6 місяців - на 2,53 (12,7%) та більше 1 року - на 2,67 (13,4%) гребенів) та V пальців правої кисті (до 6 місяців - на 1,65 (12,2%) та більше 1 року - 2,3 (17,0%) гребенів) у хворих чоловіків незалежно від тривалості стаціонарного лікування.

Встановлена більш висока асиметрія сумарного гребеневого рахунку у чоловіків: 4,33 гребеня у хворих, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року, 1,41 гребеня - при тривалості терапії до 6 місяців, 3,75 гребеня - у практично здорових чоловіків. Найбільшу частку в асиметрію гребеневого рахунку у всіх групах чоловіків вносять показники великого пальця. У хворих на шизофренію та практично здорових жінок різниці даного показника не виявлено. Отримані дані відрізняються від кількісних показників пальцевої дерматогліфіки хворих на шизофренію Болгарії, описаних в роботі Stefan T із співавт. (2009).

Підсумовуючи наведені дані слід відмітити, що за кількісними ознаками пальцева дерматогліфічна картина чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року характеризується: меншим тотальним гребеневим рахунком, що є результатом зменшення сумарного гребеневого рахунку правої та лівої кисті при значному внеску показників великого пальця, переважно лівої кисті, - більш високою загальною асиметрією, яка в значній мірі визначається великим пальцем. Крім вищенаведених характеристик, дерматотип хворих на параноїдну форму шизофренії чоловіків, тривалість ста-

ціонарного лікування яких становить більше 1 року характеризується меншим гребневим рахунком I та V пальців лівої кисті, а також IV пальця лівої та правої кисті. Встановлено менший гребневий рахунок IV пальця правої кисті в групі хворих жінок, які в стаціонарі лікуються до 6 місяців; I та V пальців правої кисті - в групі чоловіків не залежно від тривалості стаціонарного лікування.

Між групами хворих і здорових осіб встановлено наступні відмінності *кількісних показників долонної дерматогліфіки* ($p < 0,01$):

- на 10,8% менший гребневий рахунок між долонними точками bc правої кисті, ab - правої та лівої кисті (відповідно на 6,6% та 8,1%), на 6,9% більший гребневий рахунок між долонними точками cd - лівої кисті у хворих жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців;
- більший кут ctd та atb (відповідно на 7,9% та 9,4%) і на 5,3% менший гребневий рахунок між долонними точками ab лівої кисті, на 10,9% менше значення індексу Каммінса правої кисті у хворих чоловіків та на 10% менший гребневий рахунок між долонними точками bc лівої кисті у жінок тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року;
- менша довжина лінії st правої та лівої кисті (у чоловіків відповідно на 15,58% та 15,32%, у жінок – на 7,39% та 6,32%) незалежно від тривалості стаціонарного лікування у групах різної статі.

Порівняльний аналіз частоти візерунків у практично здорових і хворих обох статей виявив, що на правій і лівій кисті з достовірно більшою частотою зустрічаються ($p < 0,01$):

- завитки на I (на 21,09%), V (на 21,94%) пальцях правої кисті та III (на 11,23%), IV (на 21,67%) пальцях лівої кисті; подвоєнні петлі - на III (на 6,66%) пальці лівої кисті у хворих жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців;
- завитки - на I (на 21,21%), II (на 21,16%) та V (на 20,97%) пальцях правої кисті, подвоєнні петлі на II (на 6,05%) пальці лівої кисті та дуги - на IV пальці лівої кисті (на 8,57%) у хворих чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року;
- подвоєні петлі на IV пальцях обох кистей та III пальці правої кисті незалежно від тривалості стаціонарного лікування у хворих жінок.

Отримані дані частоти візерунків підтверджуються результатами дослідження Varma S. L. із співавт. (2006) та Зайченко А.А. (2009).

Серед *якісних показників долонної дерматогліфіки* встановлено більшу частоту, з якою зустрічається проміжний осьовий трирадіус на долоні лівої кисті у хворих чоловіків та меншу частоту, з якою зустрічається карпальний осьовий трирадіус на долоні лівої кисті у хворих жінок, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року у порівнянні з практично здоровими особами ($p < 0,01$).

Для побудови моделей, які дозволяють краще передбачити, до якої сукупності (з тривалістю лікування до 6 місяців, або більше 1 року) буде належати той чи

інший індивід, в залежності від особливостей будови тіла або пальцевої і долонної дерматогліфіки, був застосований метод покровокового дискримінантного аналізу.

Встановлено, що *при урахуванні соматометричних показників у чоловіків* дискримінантна функція охоплює 90,9% практично здорових чоловіків, 38,1% чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців та 84,34% чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року. Взагалі модель, яка враховує соматометричні показники у чоловіків першого періоду зрілого віку коректна в 75,10% випадків.

Показники класифікації (Df) для різних груп чоловіків в залежності від антропометричних показників мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для практично здорових чоловіків) = 2,830 x довжина шиї + 7,367 x ширина дистального епіфізу лівого стегна + 4,034 x ширина дистального епіфізу лівої гомілки + 23,706 x ширина голови + 18,982 x ширина дистального епіфізу правого передпліччя + 3,685 x довжина тулуба – 406,888

Df (для хворих чоловіків на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців) = 2,464 x довжина шиї + 7,750 x ширина дистального епіфізу лівого стегна + 3,515 x ширина дистального епіфізу лівої гомілки + 22,482 x ширина голови + 18,595 x ширина дистального епіфізу правого передпліччя + 3,490 x довжина тулуба – 371,210

Df (для хворих чоловіків на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року) = 2,286 x довжина шиї + 10,345 x ширина дистального епіфізу лівого стегна + 1,851 x ширина дистального епіфізу лівої гомілки + 22,492 x ширина голови + 15,777 x ширина дистального епіфізу правого передпліччя + 3,457 x довжина тулуба – 365,600

Встановлено, що *при урахуванні соматометричних показників у жінок* дискримінантна функція охоплює 84,85% практично здорових жінок, 69,70% жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців та 63,83% жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року. Взагалі модель, яка враховує показники будови і розмірів тіла у жінок першого періоду зрілого віку коректна в 75,47% випадків.

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від соматометричних показників мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для практично здорових жінок) = 0,511 x міжгребенава відстань + 15,433 x ширина голови + 0,259 x довжина тулуба + 8,125 x довжина голови + 36,791 x ширина дистального епіфізу правого передпліччя - 0,953 x довжина нижньої кінцівки + 3,635 x висота плечової точки - 502,343

Df (для хворих жінок на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців) = 1,006 x міжгребенава відстань + 14,178 x ширина голови + 0,174 x довжина тулуба + 7,515 x довжина голови + 37,666 x ширина дистального епіфізу правого передпліччя – 0,681 x довжина нижньої кінцівки + 3,406 x висота плечової точки - 480,752

Df (для хворих жінок на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року) = $0,925 \times$ міжгребенава відстань + $15,230 \times$ ширина голови - $0,015 \times$ довжина тулуба + $8,181 \times$ довжина голови + $40,320 \times$ ширина дистального епіфізу правого передпліччя - $0,796 \times$ довжина нижньої кінцівки + $3,419 \times$ висота плечової точки - $506,325$

Встановлено, що при урахуванні показників пальцевої і долонної дерматогліфіки у чоловіків дискримінантна функція охоплює 80,56% практично здорових чоловіків, 74,00% чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців та 74,19% чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року. Взагалі модель, яка враховує показники пальцевої і долонної дерматогліфіки у чоловіків першого періоду зрілого віку коректна в 75,68% випадків.

Показники класифікації (Df) для різних груп чоловіків в залежності від показників пальцевої та долонної дерматогліфіки мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для практично здорових чоловіків) = $4,090 \times$ довжина лінії ct правої кисті + $0,304 \times$ гребеневий рахунок I пальця лівої кисті + $6,590 \times$ кут ctd правої кисті + $1,175 \times$ гребеневий рахунок між долонними точками ab лівої кисті + $4,669 \times$ кут atb лівої кисті + $1,709 \times$ індекс Каммінса правої кисті - $301,658$

Df (для хворих чоловіків на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців) = $3,610 \times$ довжина лінії ct правої кисті + $0,216 \times$ гребеневий рахунок I пальця лівої кисті + $6,123 \times$ кут ctd правої кисті + $1,059 \times$ гребеневий рахунок між долонними точками ab лівої кисті + $4,373 \times$ кут atb лівої кисті + $1,373 \times$ індекс Каммінса правої кисті - $242,725$

Df (для хворих чоловіків на параноїдну шизофренію, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року) = $3,844 \times$ довжина лінії ct правої кисті + $0,130 \times$ гребеневий рахунок I пальця лівої кисті + $6,450 \times$ кут ctd правої кисті + $1,036 \times$ гребеневий рахунок між долонними точками ab лівої кисті + $4,654 \times$ кут atb лівої кисті + $1,643 \times$ індекс Каммінса правої кисті - $270,080$

Встановлено, що при урахуванні показників пальцевої і долонної дерматогліфіки у жінок дискримінантна функція охоплює 90,74% практично здорових жінок, 84,09% жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців та 64,52% жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії, тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року. Взагалі модель, яка враховує показники пальцевої та долонної дерматогліфіки у жінок першого періоду зрілого віку коректна в 82,17% випадків.

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від показників пальцевої та долонної дерматогліфіки мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для практично здорових жінок) = $3,382 \times$ Кут atd лівої кисті + $4,145 \times$ кут dat лівої кисті - $3,283 \times$ тип візерунку на V пальці правої кисті + $0,454 \times$ гребеневий рахунок між долонними точками bc правої кисті + $2,114 \times$ тип візерунку на V пальці лівої кисті - $1,171 \times$ кут atb лівої кисті + $0,669 \times$ гребеневий рахунок між долонними точками cd лівої кисті + $4,073 \times$ індекс Каммінса правої кисті - $214,810$

Df (для хворих жінок на параноїдну шизофренію ,тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяців) = 4,159 x кут atd лівої кисті + 4,567 x кут dat лівої кисті – 5,342 x тип візерунку на V пальці правої кисті +0,195 x гребеневий рахунок між долонними точками bc правої кисті + 0,186 x тип візерунку на V пальці лівої кисті – 1,662 x кут atb лівої кисті + 0,830 x гребеневий рахунок між долонними точками cd лівої кисті + 4,403 x індекс Каммінса правої кисті – 260,876

Df (для хворих жінок на параноїдну шизофренію ,тривалість стаціонарного лікування яких становить більше 1 року) = 3,914 x кут atd лівої кисті + 4,417 x кут dat лівої кисті – 3,918 x тип візерунку на V пальці правої кисті +0,289 x гребеневий рахунок між долонними точками bc правої кисті + 1,035 x тип візерунку на V пальці лівої кисті – 1,591 x кут atb лівої кисті + 0,702 x гребеневий рахунок між долонними точками cd лівої кисті + 3,941 x індекс Каммінса правої кисті – 239,690

Таким чином, дискримінантні моделі за соматометричними та дерматогліфічними показниками мають якісні відмінності у здорових чоловіків і жінок та хворих на параноїдну форму шизофренії в залежності від тривалості стаціонарного лікування, що надає можливість прогнозувати тривалість безремісійного періоду у перебігу параноїдної форми шизофренії.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичного завдання, яке полягає у встановленні соматометричних та дерматогліфічних особливостей хворих на параноїдну форму шизофренії різної статі Подільського регіону України, які тривало лікуються (до 6 місяців і більше 1 року) в психіатричному стаціонарі та розроблено прогностичні дискримінантні моделі тривалості безремісійного періоду перебігу захворювання.

1. У хворих на параноїдну форму шизофренії обох статей з тривалістю стаціонарного лікування до 6 місяців, встановлено менше значення обхватних розмірів тіла (від 2,1% до 4,7%), крім того, у чоловіків на 10,7% менше, а у жінок більше (15,4%-42,6%) значення товщини шкірно-жирових складок, і відповідно у чоловіків на 7,7% менше, а у жінок на 6,3% більше значення маси тіла ($p < 0,01$); при тривалості лікування більше 1 року, встановлено більше значення обхватних розмірів у чоловіків переважно за рахунок середнього, а у жінок середнього та нижнього сегментів тулуба та товщини шкірно-жирових складок, і відповідно, у жінок маса тіла більша, а у чоловіків – не відрізняється порівняно з практично здоровими ($p > 0,05$).

2. У чоловіків, які лікуються в стаціонарі до 6 місяців встановлено на 2,1% менше, а у жінок, незалежно від тривалості лікування на 4% більше значення довжини нижньої кінцівки порівняно з практично здоровими жінками ($p < 0,01$). У хворих жінок, які перебувають у психіатричному стаціонарі до 6 місяці встановлено на 5,9% достовірно менше значення ширини голови, при тривалості більше 1 року – міжвертлюгової відстані (на 2,6%) порівняно з практично здоровими ($p < 0,01$). Встановлено, у чоловіків, які лікуються до 6 місяців на 3% менше значення міжкостьової та міжгребеневої відстані, при лікуванні більше 1 року – бі-

льше (на 6,8% та 7,8%) значення ширини дистальних епіфізів плеча та стегна порівняно з практично здоровими чоловіками ($p < 0,01$).

3. За більшістю досліджуваних індексів пропорційності серед чоловіків та жінок хворих на параноїдну форму шизофренії найбільш розповсюдженим є мезоморфний тип будови тіла. У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, які перебувають у стаціонарі більше 1 року, встановлено схильність до гінекоморфії та мезоморфії.

4. У хворих чоловіків, які стаціонарно лікуються більше 1 року при порівнянні з практично здоровими чоловіками виявлено більшу частоту, з якою зустрічаються завитки на I, II та V пальцях правої кисті, подвоєні петлі на II пальці лівої кисті та дуги на IV пальці лівої кисті менший гребеневий рахунок I та V пальців лівої кисті, а також IV пальця лівої та правої кисті; менший тотальний гребеневий рахунок, що є результатом зменшення сумарного гребеневого рахунку правої та лівої кисті при значному внеску показників великого пальця, переважно лівої кисті, - більш висока загальна асиметрія, яка в значній мірі визначається великим пальцем; більша частота, з якою зустрічається проміжний осьовий трирадіус на долоні лівої кисті, більший кут ctd та atb і менший гребеневий рахунок між долонними точками ab лівої кисті, менше значення індексу Каммінса правої кисті. Не виявлено відмінностей дерматогліфічних показників у чоловіків, тривалість стаціонарного лікування яких становить до 6 місяці.

5. У хворих на параноїдну шизофренію жінок, які перебувають на стаціонарному лікуванні до 6 місяців при порівнянні з практично здоровими жінками встановлено більшу частоту, з якою зустрічаються завитки - на I, V пальцях правої кисті та III, IV лівої кисті; подвоєні петлі на III пальці лівої кисті менший гребеневий рахунок IV пальця правої кисті, гребеневий рахунок між долонними точками bc правої кисті, ab - правої та лівої кисті, більший гребеневий рахунок між долонними точками cd - лівої кисті. У хворих жінок, які лікуються у стаціонарі більше 1 року встановлено менший гребеневий рахунок між долонними точками bc лівої кисті та меншу частоту, з якою зустрічається карпальний осьовий трирадіус на долоні лівої кисті порівняно з практично здоровими жінками.

6. Розроблено дискримінантні моделі тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії, які при урахуванні соматометричних показників у чоловіків коректні в 75,1% випадків, у жінок – в 75,47% випадків; при урахуванні дерматогліфічних показників моделі коректні у чоловіків в 75,68% випадків, у жінок – в 82,17% випадків.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Тихолаз В.О. Антропометрична, соматотипологічна та дерматогліфічна характеристика хворих на параноїдну шизофренію в умовах тривалого стаціонарного лікування (огляд літератури) / В.О. Тихолаз, Ю.Й. Гумінський, В.С. Школьніков // Вісник морфології. - 2009. - Т. 15, № 1. - С. 203-209.

2. Міжсистемні зв'язки: респіраторна система - система дерматогліфіки / Л.А. Клімас, О.М. Вовчук, Ю.Г. Шевчук, В.О. Тихолаз // Вісник морфології. - 2009. - Т. 15, № 2. - С. 457-463.
3. Тихолаз В.О. Статеві особливості маси, площі, поздовжніх та поперечних антропометричних розмірів тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії в умовах тривалого стаціонарного лікування / В.О. Тихолаз, Ю.Й. Гумінський, В.С. Школьніков // Biomedical and biosocial anthropology. - 2009. - № 13. - С. 159-163.
4. Андрійчук В.М. Порівняльна характеристика соматометричних параметрів, соматотипів, компонентного складу маси тіла та показників гармонійності фізичного розвитку чоловіків першого зрілого періоду мешканців різних регіонів України / В.М. Андрійчук, В.О. Тихолаз, Ю.Й. Гумінський // "Науковий вісник Ужгородського університету", серія "Медицина". - 2009 - № 37. - С. 3-9.
5. Соматотипологічні особливості та пропорційність будови тіла хворих на параноїдну форму шизофренії / В.О. Тихолаз, Ю.Й. Гумінський, В.С. Школьніков, В.М. Андрійчук // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2010. - Т. 9, № 1. - С. 34-39.
6. Тихолаз В.О. Особливості кількісних дерматогліфічних показників у хворих на параноїдну форму шизофренії в умовах тривалого стаціонарного лікування / В.О. Тихолаз, Ю.Й. Гумінський // Таврійський медико-біологічний вісник. – 2010. - Т. 13, № 1. - С. 188-192.
7. Степанова С.В. Порівняльний аналіз базових антропометричних показників юнаків (17-18 років) популяційних груп 1994 та 2004 років центрального та північного регіонів України / С.В. Степанова, Г.В. Брухнов, В.О. Тихолаз // Матеріали XII університетської науково-практичної конференції молодих вчених та фахівців. - Вінниця, 2006. - С. 44-45.
8. Тихолаз В.О. Соматотипування хворих на параноїдну шизофренію / В.О. Тихолаз // Вісник Вінницького національного медичного університету: матеріали 45 університетської науково-практичної конференції молодих вчених. - 2009. - Т. 13, № 1/2. - С. 310-311.
9. Тихолаз В.О. Застосування дерматогліфічного аналізу при вивченні шизофренії / В.О. Тихолаз, В.С. Школьніков // Матеріали науково-практичних конференцій "Актуальні проблеми функціональної морфології та інтегративної антропології" та "Прикладні аспекти морфології", 20-21 травня 2009 р. : тези доповідей. - Вінниця, 2009. - С. 288-289.

АНОТАЦІЯ

Тихолаз В.О. Особливості соматометричних та дерматогліфічних показників у хворих на параноїдну форму шизофренії. - Рукопис.

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, 2010.

Дисертація присвячена вивченню зв'язку особливостей соматометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників з тривалістю безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії у хворих Подільського регіону України.

Автором вперше встановлено, що у хворих на параноїдну форму шизофренії з різною тривалістю безремісійного періоду перебігу захворювання відрізняються габаритні та поздовжні розміри тіла; величини дистальних епіфізів; периметри; товщини шкірно-жирових складок, а також як якісні, так і кількісні дерматогліфічні показники. Отримані результати підтверджують цінність виділення “дерматогліфічних типів” для вивчення індивідуальних і типологічних особливостей тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії. На основі проведених антропогенетичних досліджень, вперше розроблені дискримінантні моделі тривалості безремісійного періоду перебігу параноїдної форми шизофренії на основі соматометричних та дерматогліфічних показників у хворих різної статі першого періоду зрілого віку подільського регіону України.

Ключові слова: антропометрія, соматотипологія, дерматогліфіка, параноїдна шизофренія.

АННОТАЦІЯ

Тихолаз В.А. Особенности соматометрических и дерматоглифических показателей у больных с параноидальной формой шизофрении. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.03.01 – нормальная анатомия. - Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова МЗ Украины, Винница, 2010.

Диссертация посвящена изучению связи особенностей соматометрических, соматотипологических и дерматоглифических показателей с длительностью безремисионного периода течения параноидальной шизофрении у больных Подольского региона Украины.

На базе Винницкой областной психоневрологической больницы были обследованы больные первого периода зрелого возраста с диагнозом: параноидальная шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение (146 мужчин от 22 до 35 лет и 113 женщин от 21 до 35 лет) с детальным исследованием их антропометрических (согласно схемы Бунака в модификации Шапаренка), соматотипологических (согласно схем Хит-Картера и Матейка) и дерматоглифических (по методике Камминс и Мидло) особенностей. Всех обследованных было разделено на две группы: в первую группу вошли больные с продолжительностью стационарного лечения до 6 месяцев (после лечения которых достигнута стойкая ремиссия), во вторую - больные с продолжительностью стационарного лечения больше 1 года (отсутствовала стойкая ремиссия в течении шизофрении). В качестве контроля были использованы антропометрические и дерматоглифические данные 198 практически здоровых мужчин и женщин первого периода зрелого возраста (99 мужчин и 99 женщин соответствующего возраста) жителей Подольского региона Украины из банка данных НИЦ ВМУ им. Н.И.Пирогова. Достоверных отличий по возрасту все группы об-

следованных не имели ($p > 0,05$). Статистический анализ полученных результатов проведен в стандартном пакете «STATISTICA 6.1.» с использованием параметрических и непараметрических методов оценки.

У больных с параноидальной шизофренией при продолжительности стационарного лечения до 6 месяцев установлено меньше значения обхватных размеров, кроме того, у мужчин меньше, а у женщин больше значение толщины кожно-жировых складок, и соответственно у мужчин меньше, а у женщин больше значения массы тела ($p < 0,01$). При длительности стационарного лечения более 1 года, установлено большее значение обхватных размеров и толщины кожно-жировых складок у больных разного пола, и соответственно, у женщин больше масса тела, а у мужчин - не отличается в сравнении с практически здоровыми ($p > 0,05$).

У больных мужчин с параноидальной шизофренией при продолжительности стационарного лечения до 6 месяцев установлено меньше значения длины нижней конечности, межостного и межгребневого расстояния; у женщин - меньше значения ширины головы. При продолжительности стационарного лечения больных более 1 года у мужчин установлено больше значения ширины дистальных эпифизов плеча и бедра, у женщин - межвертельного расстояния.

Установлено у больных мужчин с параноидальной шизофренией при продолжительности стационарного лечения более 1 года склонность к гинекоморфии и мезоморфии.

Установлены отличия качественных и количественных дерматоглифические показатели у больных мужчин и женщин с разной длительностью стационарного лечения.

На основании проведенных антропогенетических исследований разработаны дискриминантные модели продолжительности безремиссионного периода течения параноидальной шизофрении у больных разного пола первого периода зрелого возраста Подольского региона Украины.

Ключевые слова: антропометрия, соматотипология, дерматоглифика, параноидальная шизофрения.

ANNOTATION

Tyholaz V.A. Features somatometric indicators and dermatoglyphics in patients with paranoid form of schizophrenia. - Manuscript.

Dissertation on the competition for scientific degree of candidate of medical sciences specialty 14.03.01 – normal anatomy. – Vinnitsa National M.I. Pyrogov Memorial Medical University, Health Ministry of Ukraine, Vinnitsa, 2010.

The dissertation is devoted to analysis of connection between features of somatometric, somatotypological and dermatoglyphics indicators and duration of the course forms of paranoid schizophrenia without a sustained remission in patients of Podolski region of Ukraine.

The author first found that patients with paranoid form of schizophrenia with different duration of disease without sustained remission differ in overall longitudinal di-

mensions of body; in distal epiphysis size; in perimeter; skin-fatty folds thickness as well as in qualitative and quantitative dermatoglyphics indicators. The results confirm the value of distinction "dermatoglyphics types" for studying individual and typological characteristics, duration of the course paranoid forms of schizophrenia without sustained remission. Based on the antropohenetical research first were developed discriminant models of the duration paranoid forms of schizophrenia without a sustained remission on the basis of somatometric and dermatoglyphical indicators in patients of different sexes of the first period of adulthood in Podolski region of Ukraine.

Key words: anthropometry, somatotypology, dermatoglyphics, paranoid schizophrenia.

Підписано до друку 04.08.2010 р. Замовл. №.
Формат 60х90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Тираж 100 примірників.

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