

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

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

Аль-Каралех Обадех Бассам Абдель-Рахман

УДК 616.517-055.1:159.923

ДИСЕРТАЦІЯ

**КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ Й ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ЧОЛОВІКІВ
РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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

Наукові керівники: Дмитренко Світлана Володимирівна, доктор медичних наук, професор
Серебреннікова Оксана Анатоліївна, кандидат медичних наук, професор

Вінниця – 2022

АНОТАЦІЯ

Аль-Каралех Обадек Бассам Абдель-Рахман. Конституціональні та індивідуально-психологічні особливості виникнення й перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина». – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2022.

Уперше встановлено, що у чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу та лише у хворих на псоріаз легкого перебігу чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу, порівняно зі здоровими чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів, картина антропосоматотипологічних розбіжностей у більшості випадків співпадає з розбіжностями встановленими між загальними групами здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків. А саме, встановлені достовірно більші або тенденції до більших значень у хворих чоловіків тотальних та більшості поздовжніх, поперечних, обхватних розмірів тіла, товщини шкірно-жирових складок (ТШЖС) на тулубі, ендоморфного й мезоморфного компонентів соматотипу та м'язового й кісткового компонентів маси тіла, а також менші значення у хворих чоловіків ширини плечей, ТШЖС на кінцівках і екоморфного компоненту соматотипу. У хворих на псоріаз важкого перебігу чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу, порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу, встановлені лише достовірно більші значення практично усіх діаметрів тулуба, таза та ТШЖС на тулубі, а також достовірно менші значення висоти вертлюгової антропометричної точки, ширини плечей та ТШЖС на кінцівках.

Уперше при порівнянні антропо-соматотипологічних показників між хворими чоловіками без урахування соматотипу встановлені достовірно більші або тенденція до більших значень у представників із легким перебігом псоріазу порівняно з важким перебігом довжини тіла, висоти надгруднинної, лобкової та пальцевої антропометричних точок, ширини дистального епіфіза (ШДЕ) передпліччя й стегна, обхвату гомілки у нижній частині та кісткового компоненту ма-

си тіла. У хворих на псоріаз із легким перебігом чоловіків мезоморфного соматотипу порівняно з важким перебігом захворювання встановлені достовірно більші значення довжини тіла, висоти надгруднинної та акроміальної антропометричних точок і обхвату гомілки у нижній частині, а також достовірно менші або тенденція до менших значень передньо-заднього середньогруднинного діаметра, обхватів передпліччя у нижній частині, шиї, талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані. У хворих на псоріаз чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу розбіжностей антропо-соматотипологічних показників між легким і важким перебігом захворювання практично не встановлено.

Уперше встановлені достовірні або тенденції відмінностей антропо-соматотипологічних показників між хворими на псоріаз відповідного перебігу чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів. А саме: у хворих із легким перебігом – у ендо-мезоморфів порівняно з мезоморфами встановлені більші значення усіх тотальних розмірів тіла та показників ТШЖС, більшості діаметрів тулуба, обхватних розмірів тіла, висоти акроміальної та пальцевої антропометричних точок, ШДЕ плеча, ендоморфного компоненту соматотипу та жирового компоненту маси тіла; а у хворих із важким перебігом – у ендо-мезоморфів порівняно з мезоморфами більші значення міжостьової відстані таза та ТШЖС на задній поверхні плеча, на передпліччі, на животі, на боці та на стегні, а також менші значення ШДЕ стегна, обхватів стегна та гомілки у верхній частині та мезоморфного компоненту соматотипу. Необхідно відмітити, що встановлені у хворих із легким перебігом псоріазу відмінності відсутні між практично здоровими чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів.

Отримані розбіжності антропо-соматотипологічних показників між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу чоловіками без та з урахуванням соматотипу дозволили виділити «субпатологічні» конституціональні типи, які відображаються «бочкоподібним» видовженим тулубом на фоні скорочених нижніх кінцівок та початковими проявами «андроїдного» типу накопичення жиру.

Уперше на основі конституціональних параметрів тіла розроблені високоінформативні достовірні дискримінантні моделі які надають можливість прогно-

зувати можливість виникнення та перебігу псоріазу в українських чоловіків загальної групи (коректність 84,1 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,074; $p<0,001$) та представників мезоморфного (коректність 83,6 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,077; $p<0,001$) й ендо-мезоморфного (коректність 84,6 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,027; $p<0,001$) соматотипів. Найбільший внесок у дискримінацію в моделях у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу вносить ширина плечей, а у чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу – ширина плечей, міжостьова та міжребенева відстані тазу.

На основі проведеного дискримінантного аналізу, розроблена комп'ютерна програма "Psoriasis Test", яка дозволяє лікарям-дерматологам провести оцінку можливого ризику виникнення та особливостей перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів у залежності від особливостей будови і розмірів тіла.

Уперше встановлено переважання у структурі особистості хворих на псоріаз із легким або важким перебігом дерматозу порівняно з контрольною групою без урахування соматотипу таких характеристик як інтровертованність (на 10,58 % із важким перебігом), низький рівень нейротизму (на 39,02 % із легким перебігом), наявність акцентуації характеру за тривожним і дистимічним типом (відповідно на 13,49 % і 7,35 % із важким перебігом), зниження інтернальності за показниками рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач (на 10,68 % із важким перебігом) і цінності міжособистісних відносин (на 12,09 % і 10,75 %), що дозволяє розглянути клінічні прояви різних форм психопатологічних даних не лише як наслідок дерматозу, але і як фактор його ризику.

Уперше встановлено, що у досліджуваних із урахуванням та без урахування соматотипу ступінь прояву нейротизму, ситуативної та особистісної тривожності більший при поважчанні перебігу псоріазу. Так, серед хворих із важким перебігом захворювання порівняно із досліджуваними з легким перебігом дерматозу без урахування соматотипу відмічено переважання осіб із середнім рівнем нейротизму (на 18,93 %) та з наявністю акцентуації характеру за тривожним типом (на 14,71 %) та меншу частку осіб із низьким рівнем нейротизму, ситуатив-

ної і особистісної тривожності (відповідно на 39,02 %, 9,56 % і 13,06 %). Серед хворих із важким перебігом захворювання порівняно із досліджуваними з легким перебігом дерматозу аналогічних соматотипів встановлено: у мезоморфів – більшу відсоткову частку осіб із наявністю акцентуації характеру за тривожним типом (на 16,36 %) і середнім рівнем нейротизму (на 16,43 %) та меншу – із низьким рівнем нейротизму (на 28,25 %), ситуативної і особистісної тривожності (відповідно на 10,65 % і 12,41 %); у ендо-мезоморфів – меншу відсоткову частку осіб із низьким рівнем нейротизму (на 63,89 %).

У чоловіків відповідного соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу встановлено: у мезоморфів – більшу відсоткову частку осіб із низьким рівнем нейротизму (на 36,17 % із легким перебігом), із наявністю акцентуації характеру за педантичним і тривожним типом (відповідно на 9,09 % і 16,36 % із важким перебігом) та меншу – із середніми рівнями нейротизму (на 19,51 % із легким перебігом) і ситуативної тривожності (на 33,49 % із легким перебігом), із наявністю акцентуації характеру за екзальтованим типом (на 10,26 % із легким перебігом) та зниження загальної інтернальності за рівнем суб'єктивного контролю (на 11,57 % із важким перебігом), суб'єктивного контролю в галузях невдач (на 19,34 % і 22,33 %), навчальних (професійних) (на 17,39 % і 15,18 %) і міжособистісних (на 23,19 % і 22,36 %) відносин; у ендо-мезоморфів – більшу відсоткову частку осіб із потенційною інтравертованістю (на 22,22 % із важким перебігом), низьким рівнем нейротизму (на 59,62 % із легким перебігом), з середнім рівнем ситуативної і особистісної (відповідно на 30,77 % і 47,01 % із важким перебігом) тривожності та підвищення інтернальності за показниками рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень (на 22,61 % із легким перебігом). У чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу при порівнянні зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу встановлено значно менше відмінностей, ніж у мезоморфів.

Уперше було виділено ряд типових рис характерних для хворих на псоріаз осіб із різним типом тілобудови. Так у хворих на псоріаз чоловіків мезоморфів

порівняно з хворими ендомезоморфами з легким або важким перебігом дерматозу встановлено більшу відсоткову частку осіб із високим (на 53,57 % і 36,36 %) та меншу – із середнім рівнем ситуативної тривожності (на 35,71 % і 30,91 %), низьким рівнем особистісної тривожності (на 16,77 % із легким перебігом), що свідчить про конституціональну схильність перших до розвитку тривожних станів, які можуть спровокувати загострення псоріазу.

Таким чином, завдяки введенню морфометричного скринінгу стає можливою доклінічна діагностика псоріазу, що дозволяє вплинути на подальший прогноз і попередити соматичні та психологічні проблеми, пов'язані з частими рецидивами та важкістю перебігу дерматозу. Виразність клінічних проявів дерматозу у досліджуваних тісно взаємопов'язана з властивим їм психотипом, що необхідно враховувати при зваженому підході до призначення симптоматичної терапії та вирішення питання про активізацію психологічної реабілітації на етапі активної медикаментозної терапії.

Ключові слова: захворювання шкіри (псоріаз), хворі на псоріаз і практично здорові чоловіки, антропометрія (маса, довжина, площа поверхні тіла, поздовжні, поперечні та обхватні розміри тіла, товщина шкірно-жирових складок), компонентний склад маси тіла, соматотип, показники особливостей особистості (акцентуйовані риси особистості, провідні типологічні характеристики темпераменту, психодинамічні особливості особистості, типологічна окресленість емоційно-динамічного патерну), дискримінантні моделі.

ANNOTATION

Al-Qaraleh Obadeh Bassam Abdel-Rahman. Constitutional and individually-psychological features of the origin and course of psoriasis in men of different somatotypes. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 «Health Care» in specialty 222 «Medicine». – National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2022.

For the first time it was found that in men of mesomorphic somatotype patients with mild or severe psoriasis and only in patients with mild psoriasis course men of endo-mesomorphic somatotype, compared with healthy men of meso- and endo-mesomorphic somatotypes, the picture of anthropo-somatotypological differences in most cases coincides with the differences established between the general groups of healthy and psoriasis men of different courses. Namely, significantly higher or tendencies to higher values in sick men of total and most longitudinal, transverse, circumferential body size, skinfold thickness (SFT) on the torso, endomorphic and mesomorphic components of somatotype and muscular and skeletal components of body weight, as well as lower values in sick men of shoulder width, SFT on the extremities and ectomorphic component of the somatotype. In patients with severe psoriasis men of endomesomorphic somatotype, compared with healthy men of similar somatotype, found significantly higher values of almost all diameters of the torso, pelvis and SFT on the torso, as well as significantly lower values of acetabular anthropometric point, shoulder width and SFT on the limbs.

For the first time when comparing anthropo-somatotypological indicators between sick men without taking into account somatotype significantly greater or tendency to greater values in representatives with mild psoriasis course compared with severe course of body length, height of the suprasternal, pubic and digital anthropometric points, width of the distal epiphysis (WDE) of the forearm and thigh, shin girth in the lower part and bone component of body weight. In patients with psoriasis with mild course in men of mesomorphic somatotype compared with severe course, significantly greater values of body length, height of the suprasternal and acromial anthropometric points and shin circumference in the lower part, as well as significantly smaller or a tendency to lower values of the anterior-posterior mid-thoracic diameter, the circumference of the forearm at the bottom, neck, waist, chest on the inhale, exhale and at rest. In men with psoriasis of endo-mesomorphic somatotype, differences in anthropo-somatotypological indicators between mild and severe course of the disease is practically not established.

For the first time, reliable or tendencies of differences of anthropo-somatotipolo-

gical indicators between patients with psoriasis of the corresponding course of men of meso- and endo-mesomorphic somatotypes have been established. Namely: in patients with mild course – in endomesomorphs compared to mesomorphs found higher values of all total body size and SFT, most torso diameters, circumferential body size, height of acromial and digital anthropometric points, WDE of shoulder, endomorphic component of somatotype and fat component of body weight; and in patients with severe – in endomesomorphs compared to mesomorphs higher values of interspinous distance and SFT on the posterior surface of the shoulder, forearm, abdomen, side and thigh, as well as lower values of WDE of the thigh, thighs and shin in upper part and mesomorphic component of the somatotype. It should be noted that the differences established in patients with mild psoriasis are absent between practically healthy men of meso- and endo-mesomorphic somatotypes.

The obtained discrepancies of anthropo-somatotypological indicators between healthy and men of different psoriasis course without and taking into account the somatotype allowed to distinguish “subpathological” constitutional types, which are reflected in “barrel-shaped” elongated torso on the background of shortened lower extremities and the initial manifestations of the “android” type of fat accumulation.

For the first time on the basis of constitutional parameters of the body highly informative reliable discriminant models have been developed which provide an opportunity to predict the possibility of psoriasis in Ukrainian men of the general group (correctness 84.1 % of cases, statistics Wilks' Lambda=0.074; $p<0.001$) and mesomorphic representatives (correctness 83.6 % of cases, statistics Wilks' Lambda=0.027; $p<0.001$) and endomesomorphic (correctness 84.6 % of cases; statistics Wilks' Lambda=0.027; $p<0.001$) somatotypes. The greatest contribution to discrimination in the models in men of the general group and representatives of the mesomorphic somatotype is made by shoulder width, and in men of endomesomorphic somatotype – shoulder width, interspinous and intercrystal distances.

Based on the discriminant analysis, a computer program "Psoriasis Test" was developed, which allows dermatologists to assess the possible risk and features of psoriasis in men of the general group and representatives of mesomorphic and endo-

mesomorphic somatotypes depending on body structure and size.

For the first time, the predominance in the personality structure of patients with psoriasis with mild or severe dermatosis course compared with the control group without taking into account somatotype such characteristics as introversion (by 10.58 % with severe course), low neuroticism (39.02 % with mild), the presence of accents by anxiety and dysthymia type (by 13.49 % and 7.35 % with severe course, respectively), decrease in internality by indicators of the level of subjective control in the field of failures (by 10.68 % with severe course) and the value of interpersonal relationships (by 12.09 % and 10.75 %) , which allows us to consider the clinical manifestations of various forms of psychopathological data not only as a consequence of dermatosis, but also as a risk factor.

It was found for the first time that the degree of neuroticism, situational and personal anxiety was higher in subjects with and without somatotype. Thus, among patients with severe disease compared with those with mild dermatosis without taking into account somatotype, there was a predominance of people with moderate neuroticism (by 18.93 %) and with the presence of accentuation of the type of anxiety type (by 14.71 %) and a smaller proportion of people with low neuroticism, situational and personal anxiety (39.02 %, 9.56 % and 13.06 %, respectively). Among patients with severe disease course compared to those with mild dermatosis of similar somatotypes found: in mesomorphs – a higher percentage of people with accentuation of character by anxiety type (by 16.36 %) and moderate neuroticism (by 16.43 %) and lower – with low level of neuroticism (by 28.25 %), situational and personal anxiety (by 10.65 % and 12.41 %, respectively); endomesomorphs have a lower percentage of people with low neuroticism (by 63.89 %).

In men of the corresponding somatotype patients with mild or severe psoriasis course compared with healthy men of the same somatotype was found: in mesomorphs – a higher percentage of people with low neuroticism (36.17 % with mild), with the presence of accentuation of the character of pedantic and anxious type (by 9.09 % and 16.36 % with severe course) and lower – with average levels of neuroticism (by 19.51 % with mild course) and situational anxiety (by 33.49 % with mild course), with

the presence of character accentuation by exalted type (by 10.26 % with mild course) and reduction of general internality by the level of subjective control (by 11.57 % with severe course), subjective control in the areas of failure (by 19.34 % and 22.33 %), training (professional) (by 17.39 % and 15.18 %) and interpersonal (by 23.19 % and 22.36 %) relations; in endomesomorphs – a higher percentage of people with potential introversion (22.22 % with severe course), low levels of neuroticism (59.62 % with mild course), with a medium level of situational and personal (respectively 30.77 % and 47.01 % with severe course) anxiety and increased internality according to the indicators of the level of subjective control in the field of achievements (by 22.61 % with a mild course). In men of endomesomorphic somatotype patients with mild or severe psoriasis in comparison with healthy men of similar somatotype found significantly fewer differences than in mesomorphs.

For the first time, a number of typical features characteristic of people with psoriasis with different body types were identified. Thus, in patients with psoriasis of male mesomorphs compared to endomesomorphic patients with mild or severe dermatosis, a higher percentage of people with high (by 53.57 % and 36.36 %) and lower – with a medium level of situational anxiety (by 35.71 % and 30.91 %), low level of personal anxiety (by 16.77 % with mild course), which indicates the constitutional predisposition of the former to the development of anxiety, which can provoke an exacerbation of psoriasis.

Thus, the introduction of morphometric screening makes it possible to preclinically diagnose psoriasis, which can influence the further prognosis and prevent somatic and psychological problems associated with frequent recurrences and severity of dermatosis. The severity of clinical manifestations of dermatosis in the subjects is closely related to their inherent psychotype, which must be taken into account in a balanced approach to the appointment of symptomatic therapy and addressing the activation of psychological rehabilitation at the stage of active drug therapy.

Key words: skin diseases (psoriasis), patients with psoriasis and practically healthy men, anthropometry (weight, length, body surface area, longitudinal, transverse and circumferential body dimensions, skinfold thickness), component

composition of body weight, somatotype, personality traits, accentuated personality traits, leading typological temperament characteristics, psychodynamic personality traits, typological delineation of emotional-dynamic pattern), discriminant models.

Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Dmytrenko, S. V., Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dzevulska I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of total, longitudinal and transverse body sizes in men of the general group of patients with mild and severe psoriasis. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(4), 647-652.

2. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Shayuk, A. V., Gunas, I. V., & Prokopenko S. V. (2020). Peculiarities of girth body sizes in men with mild and severe psoriasis course. *Reports of Morphology*, 26(4), 62-67.

3. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.

4. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic personality traits in men with psoriasis without and taking into account the somatotype. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 454-461.

5. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Maievskyi, O. Ye., Glushak A. A., Olkhova, I. V., & Chaika, H. V. (2021). Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Reports of Morphology*, 27(4), 35-40.

6. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Stepanenko V. I., Krivonis, T. G., Shkolnikov, V. S., & Prokopenko, S. V. (2021). Peculiarities of expression indicators and accentuated personality traits in men with psoriasis without taking into

account somatotype and in representatives of meso- and endo-mesomorphic somatotypes. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 540-544.

7. Serebrennikova, O. A., Al-Qaraleh, O. B. A-R., Dzevulska, I. V., Kryvonis, T. G., & Prolygina, I. V. (2022). Indicators of the level of subjective control in patient's men with mild or severe psoriasis without taking into account somatotype and with taking into account somatotype. *World of Medicine and Biology*, 1(79), 126-130.

8. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2019). Constitutional features of the occurrence and course of psoriasis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(3), 526-529.

9. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.

10. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kondratiuk, A. I., Golubovsky, I. A., & Rekun, T. O. (2021). Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 24-28.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації.

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

12. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу*. The 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects”, Stockholm (pp. 29-34). SSPG Publish, Stockholm, Sweden.

13. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості ком-*

понентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків загальної групи хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу. The 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects”, Tokyo (pp. 83-86). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

14. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2022). *Комп’ютерна програма для прогнозування можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу “Psoriasis Test”*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 111695; заявл. 10.12.2021, № с202108884, опубл. 09.02.2022.

ЗМІСТ

	стор.
АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	17
ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	26
1.1. Сучасні аспекти етіології та патогенезу псоріазу	26
1.2. Особливості психологічного стану пацієнтів та якості життя хворих на псоріаз	33
1.3. Значення конституціональних факторів у виникненні дерматологічних захворювань	41
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	50
2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження	50
2.1.1. Клінічна характеристика хворих на псоріаз.	50
2.2. Методи дослідження	55
2.2.1. Антропометричні та соматотипологічні.	55
2.2.2. Вивчення особливостей особистості.	60
2.2.3. Статистичного аналізу.	62
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЛЕГКОГО ТА ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ	64
3.1. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками без урахування соматотипу	64
3.1.1. Тотальні та парціальні розміри тіла.	64
3.1.2. Товщина шкірно-жирових складок.	80

3.1.3. Компоненти соматотипу та показники компонентного складу маси тіла.	84
3.2. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками мезоморфного та/або ендо-мезоморфного соматотипів	87
3.2.1. Тотальні та парціальні розміри тіла.	89
3.2.2. Товщина шкірно-жирових складок.	112
3.2.3. Компоненти соматотипу та показники компонентного складу маси тіла.	119

РОЗДІЛ 4 ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЛЕГКОГО ТА ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ

4.1. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками без урахування соматотипу	125
4.1.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості.	125
4.1.2. Вираженість і особливості акцентуйованих рис особистості.	128
4.1.3. Визначення показників рівня суб'єктивного контролю.	135
4.2. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками мезоморфного та/або ендо-мезоморфного соматотипів	139
4.2.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості.	139
4.2.2. Вираженість і особливості акцентуйованих рис особистості.	144
4.2.3. Визначення показників рівня суб'єктивного контролю.	151

РОЗДІЛ 5 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ РО-

ЗМІРІВ І БУДОВИ ТІЛА	156
РОЗДІЛ 6 АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	164
ВИСНОВКИ	192
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	197
ДОДАТКИ	225

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВНМУ – Вінницький національний медичний університет;

ЛП – хворі на псоріаз легкого перебігу;

ТП – хворі на псоріаз важкого перебігу;

ACR – ширина плечей (см);

ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);

ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);

ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);

ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);

ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);

AZ_E – показник за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (бал.);

AZ_L – показник за шкалою нещирості за Айзенком (бал.);

AZ_N – показник за шкалою нейротизму за Айзенком (бал.);

CRIS – міжгребенева відстань (см);

DM – жировий компонент маси тіла (кг);

EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);

EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);

EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);

EPPR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);

FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал);

GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);

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

GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);

GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);

GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);

GL – товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (мм);

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

- GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм);
- GZPL – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм);
- H – довжина тіла (см);
- LX – ектоморфний компонент соматотипу (бал);
- MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
- MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал);
- ОВВ – обхват стегна (см);
- ОВВВ – обхват стегон (см);
- ОВГ1 – обхват гомілки у верхній частині (см);
- ОВГ2 – обхват гомілки у нижній частині (см);
- ОВГК1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);
- ОВГК2 – обхват грудної клітки на видиху (см);
- ОВГК3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
- ОВК – обхват кисті (см);
- ОВРЛ1 – обхват плеча у напруженому стані (см);
- ОВРЛ2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);
- ОВРР1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);
- ОВРР2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);
- ОВС – обхват стопи (см);
- ОВШ – обхват шиї (см);
- ОВТ – обхват талії (см);
- ОМ – кістковий компонент маси тіла (кг);
- РНГ – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
- РСГ – поперечний середньогрудний діаметр (см);
- S – площа поверхні тіла (м²);
- СГК – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);
- SH_C – показник акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_DC – показник акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (бал.);
- SH_DM – показник акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (бал.);

SH_EK – показник акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (бал.);

SH_EM – показник акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (бал.);

SH_G – показник акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_P – показник акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (бал.);

SH_T – показник акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (бал.);

SH_V – показник акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (бал.);

SH_Z – показник акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (бал.);

SP_LT – показник особистісної тривожності за Спілбергером (бал.);

SP_ST – показник ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (бал.);

SPIN – міжостьова відстань (см);

TROCH – міжвертлюгова відстань (см);

USK_1 – показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (стени);

USK_2 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (стени);

USK_3 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (стени);

USK_4 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (стени);

USK_5 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (стени);

USK_6 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (стени);

USK_7 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (стени);

W – маса тіла (кг).

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогодні вважається, що соматичне та ментальне здоров'я людини залежить від ефективної роботи медичної служби лише на 20 %, інші ж 80 % залежать безпосередньо від спадковості, впливів навколишнього середовища і способу життя [34, 52]. Саме тому, для вирішення медико-психологічних аспектів збереження здоров'я людини, збільшення тривалості життя, удосконалення профілактики і лікування захворювань наковці та лікарі-клініцисти мають володіти знаннями конституціональних особливостей конкретного пацієнта з урахуванням його спадково-генеалогічного фону, темпів росту та дозрівання, гармонійності становлення соматопсихічних проявів, особливості виховання в сім'ї, умов життя та професії, етнічної належності та ін. [57, 82]. При даній закономірності науково-дослідної тактики безмежно збільшується обсяг лікарського підходу, що дозволяє бачити пацієнта, а не на хворобу, з одночасним визначенням максимально персоніфікованого рівня профілактичних заходів і обґрунтованістю лікарського втручання.

Відповідно до загальноприйнятих уявлень, псоріаз розглядається як поширене хронічне мультифакторіальне захворювання шкіри з можливим одночасним ураженням інших органів і систем [47, 82]. Численні дослідження етіопатогенезу виділяють наступні теорії його розвитку: генетичну, інфекційно-імунологічну, нейроендокринну і обмінну [82, 114]. Популяційна частота даного дерматозу коливається в межах 0,1–8,0 %. Псоріаз у значній мірі погіршує якість життя пацієнтів за спектром параметрів соціально-психологічного, трудового і сімейного плану. Багаторічні дослідження з різними шкірними захворюваннями показують, що псоріаз тісно пов'язаний з психологічним станом і відноситься до психосоматичних недуг [104, 130, 140].

Вивчення індивідуально-типологічних характеристик хворих на псоріаз взагалі, та їх особистісних особливостей зокрема, – є актуальною темою сучасної наукової дійсності. Практична та наукова значущість даного питання лежить як у

межах інтегративної медичної антропології, так і психологічної дисципліни та її галузей – психосоматики і психодерматології. Наразі практично не вивчено питання про специфічність антропо-соматотипологічного та психічного статусу хворих на псоріаз з різним перебігом захворювання, немає фундаментальних робіт, присвячених вивченню впливу соматотипу на розвиток та перебіг дерматозу. У зв'язку з цим представляється актуальним вивчення конституційних особливостей організму чоловіків, хворих на псоріаз різної важкості перебігу, що стане безцінним внеском у ранню і доклінічну діагностику даного дерматозу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертації затверджена вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова) (протокол № 5 від 26 листопада 2020 року; уточнення назви дисертаційної роботи № 5 від 27 січня 2022 року). Дослідження виконується в рамках ініціативної наукової тематики кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова “Конституціональні та психологічні особливості виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів” (№ державної реєстрації: 0121U113156). У її виконанні автору належать результати визначення антропо-соматотипологічних показників і показників особливостей особистості у чоловіків різних соматотипів хворих на псоріаз різного ступеня важкості.

Мета дослідження. Встановлення особливостей антропо-соматотипологічних показників і показників особливостей особистості у чоловіків хворих на псоріаз різного ступеня важкості без та з урахуванням соматотипів і розробка на підставі аналізу антропо-соматотипологічних показників прогностичних дискримінантних моделей можливості виникнення та особливостей перебігу даного захворювання.

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

1. Встановити особливості антропо-соматотипологічних показників у чоловіків без урахування соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.
2. Визначити особливості антропо-соматотипологічних показників у чоловіків мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легко-

го або важкого перебігу.

3. Встановити «субпатологічні» конституціональні типи у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.

4. Розробити та провести аналіз дискримінантних моделей ризику виникнення та особливостей перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів в залежності від антропометричних і соматотипологічних показників.

5. Встановити особливості показників особливостей особистості у чоловіків без урахування соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.

6. Визначити особливості показників особливостей особистості у чоловіків мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.

Об'єкт дослідження – конституціональні та психологічні маркери виникнення та перебігу псоріазу.

Предмет дослідження – особливості антропо-соматотипологічних показників і показників особливостей особистості у чоловіків першого зрілого віку без та з урахуванням соматотипу, хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.

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

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше у хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу українських чоловіків без та з урахуванням соматотипу в комплексі проведено конституціональну та психологічну діагностику, основу яких становили результати антропометричних, соматотипологічних і психо-фізіологічних обстежень.

Уперше встановлено, що хворі на псоріаз легкого або важкого перебігу укра-

їнські чоловіки мезоморфного та ендомезоморфного соматотипів мають відмінності як за різними морфометричними характеристиками статури, так і за специфікою показників особливостей особистості.

Уперше у хворих на псоріаз різного перебігу українських чоловіків без та з урахуванням соматотипу встановлені «субпатологічні» конституціональні типи, які відображаються «бочкоподібним» видовженим тулубом на фоні скорочених нижніх кінцівок та початковими проявами «андроїдного» типу накопичення жиру в організмі.

Новим є встановлення відсоткових часток осіб із певним типом темпераменту, психодинамічними особливостями особистості, вираженістю і особливостями акцентуйованих рис особистості та рівнем суб'єктивного контролю серед контингенту з різною тілобудовою і тяжкістю перебігу псоріазу. Це дозволяє дослідити психологічні аспекти людської поведінки та особистості у їхньому відношенні до особливостей будови тіла.

Уперше на основі конституціональних параметрів тіла розроблені високоінформативні дискримінантні моделі які надають можливість прогнозувати можливість виникнення та перебігу псоріазу в українських чоловіків загальної групи та представників мезоморфного й ендомезоморфного соматотипів.

Практичне значення одержаних результатів. Визначений діапазон мінливості антропо-соматотипологічних параметрів і показників особливостей особистості у хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків без та з урахуванням соматотипу може стати основою для розробки комплексу профілактичних заходів та дозволить приймати більш зважені й аргументовані рішення при плануванні процесу лікування і реабілітації.

Показані шляхи практичного застосування отриманих у дисертації результатів при реалізації комп'ютерної програми "Psoriasis Test", створеної на основі проведеного дискримінантного аналізу. Вона дозволяє в клінічних умовах за допомогою антропометричних біоіндикаторів визначити ймовірність виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного й ендомезоморфного соматотипів, а отже, спрогнозувати різну ефективність лі-

кування, що доцільно враховувати як при розробці заходів індивідуальної профілактики, так і при персоніфікованому лікуванні даного захворювання.

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

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено патентно-інформаційний пошук за темою дисертаційного дослідження; оброблені дані анкет показників особливостей особистості хворих на псоріаз чоловіків; проведена статистична обробка отриманого матеріалу дисертаційного дослідження; написаний аналітичний огляд літератури та усі розділи власних досліджень. Разом з науковими керівниками проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження та сформульовані висновки. Разом із колегами дисертант приймав участь в проведенні клінічних, антропометричних і психо-фізіологічних обстежень хворих на псоріаз чоловіків. В опублікованих у співавторстві з науковими керівниками та колегами публікаціях, автору належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей показників будови й розмірів тіла та показників особливостей особистості у хворих на псоріаз різного ступеня важкості чоловіків без та з урахуванням соматотипу. В опублікованому свідоцтві про реєстрацію авторського права на твір (№ 111695) дисертанту належать результати математичного моделювання за допомогою дискримінантного аналізу, на основі яких науковим співробітником науково-дослідного центру ВНМУ ім. М. І. Пирогова Костенком М. П. написана комп'ютерна програма. Первинні антропометричні та психо-фізіологічні показники практично здорових чоловіків отримані з банку даних науково-дослідного центру ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи викладені та обговорені на науково-практичній конференції «14-і Київські дерматологічні дні» (Київ, 2019); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики та лікування дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом» (Вінниця, 2019); науково-практичній конференції «Практичні аспекти та актуальні питання дерматовенерології» (Вінниця, 2019); онлайн конференції «Київські дерматологічні дні 2020 Virtual» (Київ, 2020); the 10th International scientific and practical conference “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects” (Berlin, 2022); the 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects” (Stockholm, 2022); the 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects” (Tokyo, 2022).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 14 наукових праць (серед яких 6 самостійних). 8 статей опубліковано в наукових фахових журналах України (серед яких 1 відносяться до міжнародної наукометричної бази Web of Science). 2 статті опубліковані в закордонних наукових журналах (Польща). Отримане свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. 3 тез опубліковано в матеріалах міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація представлена українською мовою на 261 сторінці (120 сторінок залікового машинописного тексту) та складається з анотації, змісту, переліку умовних скорочень і термінів, вступу, огляду літератури, методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел, з яких 26 викладені кирилицею і 237 – латиницею, а також чотирьох додатків. Дисертація ілюстрована 157 рисунками та 29 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні аспекти етіології та патогенезу псоріазу

Лепра Віллана, як називають псоріаз на честь батька сучасної дерматовенерології Роберта Віллана, який вперше дав детальний клінічний опис даного захворювання, є неінфекційним захворюванням, що здебільшого вражає шкіру і має автоімунну природу [82].

За попередніми оцінками, станом на 2014 рік від псоріазу страждає близько 60 мільйонів осіб в усьому світі. Проте, ключовим фактором, що привертає таку значну увагу до даного захворювання є одразу кілька факторів, які влучно зазначені в офіційному визначенні ВООЗ, що дано псоріазу, а саме: «хронічне, незаразне, хворобливе, спотворююче та інвалідизуюче захворювання, від якого немає ліків» [111].

Відповідно до загальноприйнятої класифікації розглядають: два епідеміологічні типи псоріазу (тип I – захворювання починається у віці до 40 років і тип II – після 40 років), 6 типів відповідно до перебігу захворювання, наявності уражень і супутніх захворювань; 3 ступеня важкості перебігу захворювання відповідно до площі ураження і якості життя пацієнта [82, 216].

Загальноприйнята класифікація форм перебігу псоріазу включає в себе бляшковий псоріаз, пустульозний псоріаз, еритродермічний псоріаз, каплеподібний псоріаз, інверсний (підшво-долонний) псоріаз та інші різновиди, зокрема псоріаз голови та нігтів [212, 216].

Розподіл клінічних форм псоріазу у дітей складає відповідно до різних даних літературних джерел: 9-91,9 % – бляшкова форма псоріазу, 1,6-48,2 % – каплеподібна, 0-13,1 % – пустульозна, 0,1-5,8% – еритродермічна, 0,9-12,8 % – долонно-підшовна, 2-39,3 % – нігтьова форма [64]. Причому, згідно даних пацієн-

тів з Північної Індії, у 90 % пацієнтів спостерігається хронічний тип захворювання бляшкової форми псоріазу.

Морфологічно, при гістологічному дослідженні шкіри з уражених ділянок, виявляють збільшення товщини епідермісу, стоншення або взагалі відсутність зернистого шару, присутність круглоклітинної інфільтрації, представлені здебільшого Т-клітинами у дермі та епідермісі, розширені, повнокровні капіляри. Патогномонічними ознаками вважають губчасті мікропустули Когоя (скупчення нейтрофілів в пустулах) та мікроабсцеси Мунро (прорив мікропустул в шар паракератозних клітин) [111]. Також нерідким явищем в зоні ураження є неоангіогенез [221]. У випадку медикаментозно індукованого псоріазу на додачу виявляють еозинофільні інфільтрати у дермі та ліхеноїдну реакцію [129].

Навколо питання етіології псоріазу досі точаться активні наукові дискусії – та однозначної відповіді досі отримати неможливо. Проте, загально визнаною «відправною» точкою вважається феномен Кебнера – група етіологічних факторів, що включає в себе травму, татуювання, пірсинг, контакт з агресивними хімічними сполуками та приймання певних лікарських засобів, інфекційний агент, кліматичні чинники, як то інсоляція [57, 129].

На думку Enamandram M. та Kimball A. B. [89] інсоляція навряд може бути самостійним першочерговим фактором виникнення псоріазу. Якщо взяти до уваги країни, що розташовані близько до екватора, то населення, що проживає у них, проте в різних регіонах має докорінно різні поширеності псоріазу. Як приклад – в Танзанії згідно даних деяких авторів поширеність складає 3,3 %, в той час як в Самоа поширеність складає 0 % (обидві країни розташовані безпосередньо біля екватору). В той же час в деяких племенах ескімосів Арктики поширеність псоріазу складає 11,8 %.

Серед факторів ризику з групи зовнішніх модифікуючих факторів відмічають в першу чергу куріння, ожиріння, зловживання алкоголем та хронічні стресові події [52, 114, 216].

Небезпеку становить і забруднене повітря. Наявні у повітрі озон, леткі органічні сполуки, оксиди, поліциклічні ароматичні вуглеводні, тверді частки та

важкі метали можуть вражати шкіру спричинюючи оксидативний стрес. Доведено, що кадмій є одним з найбільш впливових факторів ризику виникнення псоріазу, якщо мова йде про забруднене повітря [129].

Так чи інакше загальний вигляд патогенезу даного захворювання має однаковий вигляд – першочерговий тригер за умови спадкової схильності до псоріазу та, або дії певних факторів навколишнього середовища спричинює подразнення клітин, що викликає коливання інтерлейкіну 1β , $TNF-\alpha$ та $IFN-\gamma$, які в свою чергу починають впливати на дермальні дендритні клітини, з послідуочим вивільненням у лімфатичних судинах дендритними клітинами Т-хелперів, що потрапляють у кровоток і викликають місцеве порушення його функції, з повторним виділенням інтерлейкінів. В кінці кінців відбувається утворення псоріатичної бляшки. Тобто, представлений типовий механізм виникнення запальної реакції організму [57, 114].

Аналіз мікроРНК в зразках клітин шкіри виявив такі поширені різновиди як: $miR-21$, що впливає на гени $TIMP3$, $TPM1$, $PDCD4$, $PTEN$, $IL12A$, $RECK$, $RTN4$, $NFIB$, $miR-146a$, що впливає на гени $IRAK1$, $TRAF6$, $EGFR$, $miR-203$, що впливає на гени $TNF-\alpha$, $IL-8$, $IL-24$, $SOCS-3$, $SOCS-6$ і сумарно відповідають за проліферацію кератиноцитів, активацію Т-клітин, гематопоез тощо [221].

Важливу роль в імунологічній реакції шкіри при різних її патологіях, зокрема і при псоріазу, відіграють клітини Лангерганса, що раніше помилково вважалися нервовими закінченнями або ослабленими меланоцитами. Наразі ж відомо, що вони є незрілими антигенпрезентуючими клітинами, які у випадку активації починають мігрувати з епідермісу, попутно транспортуючи антигени до лімфатичних вузлів, де як вже зазначалося відбувається активація Т-клітинної реакції [163].

Кінцевий результат запальної реакції, що проявляється у вигляді утворення псоріатичної бляшки є прямим наслідком гіперпроліферації кератиноцитів. Кератиноцити в нормі утворюються в базальному шарі епідермісу (найглибшому з п'яти шарів епідермісу), після чого плавно мігрують до роговому шару (поверхневий шар) втрачаючи органели, що замінюються кератином, що виконує захис-

ну функцію. Увесь цей шлях займає близько місяця. Проте, при псоріазі даний процес значно прискорюється і триває близько 4 діб [212].

Поширеність псоріазу досить неоднорідна і коливається від 0 % серед індійців, що проживають в Латинській Америці, до 3,6 % серед європеїдного населення. Загальноприйнята тенденція, що чітко простежуються – це нижчі показники поширеності псоріазу в країнах Африки та Азії. Так, в Шрі Ланці даний показник складає 0,44 %, в Єгипті 0,19 %, в Нігерії 0,09 %, в КНР 0,123 %, в Анголі 0,3 %. Хоча у тут трапляються виключення, як наприклад, показник поширеності у 3,3 % в Танзанії чи 2,8 % в Уганді; в той же час на півдні Каліфорнії серед європеїдів поширеність складає 0,225 % [34].

При перерахунку зустрічаємості на 100,000 населення дані щодо поширеності псоріазу мають такі значення: США – від 33,2 до 78,9 на 100,000 осіб; Італія – від 57 до 321; Сполучне Королівство – 140; Нідерланди – від 120 до 130; Алжир – 1026; Марокко – 1504; Туніс – 1326 [175].

Серед осіб дитячого віку псоріаз розповсюджений досить близько до показників дорослих осіб, тобто основні тенденції проглядаються і в даному випадку. Найбільшу поширеність відмічено в країнах Європи – 2,1 % в Італії, 1,3 % в Німеччині та Великобританії; в той же час в Єгипті поширеність складає 0,05 % а в Тайвані 0 %. Спостерігається різна поширеність у хлопчиків та дівчаток – за даними різних публікацій відношення складає від 1,14:1 до 1:2,33. Початок захворювання припадає на вік від 2,1 місяці до 10,6 років [64].

В цілому поширеність псоріазу в Тайвані складає 0,24 %, зокрема, 12,7 % усіх пацієнтів з даним захворюванням страждають на псоріатичний артрит. Поширеність вища серед чоловіків (в 1,4 рази порівняно з жінками). Окрім того відмічається збільшення захворюваності в період з 2003 по 2013 роки [70].

В Іспанії поширеність псоріазу складає 1,72 %. Як і в Тайвані, відмічено більшу поширеність захворювання у чоловіків ніж у жінок (1,88% проти 1,56%, OR = 1,21, 95% ДІ: 1,15-1,27). Якщо брати до уваги вікові групи, то найбільша поширеність припадала на вікову групу 61-70 років – 2,90 %, а найменша – особи до 18 років – 0,30 % [95].

В США серед дорослого населення поширеність коливається в межах 2,6 %-3,7 %, що в перерахунку на населення складає близько 7,2 мільйона осіб у 2010 та 7,4 мільйони в 2013 році. Найвища поширеність спостерігається у представників європеїдної раси з меншими значеннями у афроамериканців та латиноамериканців (3,6 %, 95 % ДІ 2,7 %-4,4 %; 1,9%, 95 % ДІ 1,0 %-2,8 %; 1,6 %, 95 % ДІ 0,5 %-2,8 % відповідно) [211].

Проведений огляд 4 літературних джерел, щодо поширеності псоріазу в Італії, виявив, що даною патологією страждає від 1,8 % до 3,1 % населення країни. Чітко виражена регіональна відмінність поширення захворювання. Так, найнижчий показник зафіксовано на Сардинії (0,8 %), а найвищий в трьох суміжних регіонах центральної Італії – Моріццо, Латина та Мілозе (по 4,5 %) [208].

Усе це наптовхує на думку про більш глибоку генетичну природу даного захворювання.

І дійсно, згідно даних багатьох робіт, прослідковується певна група генів, що зустрічається в тій чи іншій популяції осіб, що страждають на псоріаз. Для представників європеїдної раси це HLA-C, IL23A, IL23R, IL23B, TNIP1, TNIP3, IL4, IL13. Перший зазначений ген, зокрема, часто зустрічається і в деяких етнічних групах західної та східної Африки, що чудово вкладається в географічну поширеність псоріазу наведену раніше в тексті [34]. Проте HLA-Cw*06 ген не є переважаючим у пацієнтів з псоріазом, що проживають в Тайвані – він виявлений лише в 6-17 % пацієнтів. Такі ж низькі показники спостерігаються в Японії та Таїланді, проте не в Кореї, де його виявлено в 76,1 % пацієнтів (аналогічно високим показникам у європеїдів) [70].

Окрім того, в дослідження на близнюках встановлено, що відсоток зустрічаємості псоріазу складає від 60 до 90 % (в середньому 70 % для монозиготних близнюків) і це є найвищий показник для мультифакторіальних захворювань [52]. Обтяжений сімейний анамнез (якщо мова йде тільки про найближчих родичів) спостерігається в 6,2 %-54,7 %; у випадку включення до анамнезу і далеких родичів показник змінюється і складає від 4,5 % до 88 %. Але і в даному випадку простежуються різкі відмінності в різних національностях – так, в сінгапурських

дітей обтяжений сімейний анамнез встановлено тільки у 13,6 % опитуваних, в той час як у датських дітей цей показник складає 73,3 % [64].

Недооцінка псоріазу, як лише хронічного рецидивуючого захворювання шкірних покривів є непоправною помилкою, адже дані багатьох досліджень вказують на присутність для даного захворювання комплексу супутніх патологій різних систем та органів, що невинно її супроводжують. Найбільш часто це є патології з боку серцево-судинної системи, цукровий діабет та метаболічний синдром. 47,2 % пацієнтів з псоріазом мають помірний або високий ризик летальних і нелетальних коронарних подій в період 10 років [47, 58]. Описано асоціації з захворюваннями гепатобіліарної системи, сечовидільного тракту, дихальної системи, органу зору [82]. Також частими супутниками є хвороба Крона, онкологічні та психічні захворювання [52].

Композиційний показник асоціації RR (95 % ДІ) інфаркту міокарда у пацієнтів з псоріазом легкої важкості складає 1,29 а для важкого – 1,70; для інсульту 1,12 та 1,56 (відповідно легкий і важкий перебіг); для захворювань серцево-судинної системи в цілому 1,03 та 1,39 (відповідно легкий і важкий перебіг) [240].

Проте ключовим захворюванням, що супроводжує псоріаз лишається псоріатичний артрит. Зв'язок між даними захворюваннями був описаний ще в 1818 році, проте в самостійне захворювання його віднесли лише в 1964 році [82].

Пацієнти з ВІЛ страждають від псоріазу більш важкої форми з частішими періодами загострення ніж населення в цілому [67].

На додачу, варто враховувати економічні збитки, що їх опосередковано завдає дана патологія, шляхом як витрат, що йдуть на лікування основного захворювання та супутніх, ускладнень; кошти, що витрачаються страховими медичними компаніями; вимушені відпуски та лікарняні у період загострень; зниження ефективності роботи працівників з псоріазом тощо [162, 242].

Огляд 22 літературних джерел дозволив встановити, що прямі витрати на псоріаз в США складають від 51,7 до 63,2 мільярдів доларів, непрямі – від 23,9 мільярда до 35,4 мільярда доларів, а супутні близько 36,4 мільярда доларів США

щорічно. Сумарна вартість лікування псоріазу в 2013 році склала близько 112 мільярдів доларів США [62]. Витрати лише на три найбільш поширені медикаменти при псоріазі щорічно складають в США 13,6 мільярдів доларів, 7,4 мільярда доларів і 5,3 мільярда доларів, причому є тенденція до щорічного збільшення сум витрат на препарати (при аналізі показників 2014, 2016 та 2017 років) [256].

Якщо брати до уваги щорічну вартість індивідуального лікування пацієнта з псоріазом, то вона складає в Швеції 11,928 євро, в Італії – 8372 євро, в Канаді – 7999 канадських доларів [155], в Німеччині – до 6707 євро [91].

У порівнянні з іншими група населення, пацієнти з псоріазом частіше мають встановлені супутні захворювання, частіше приймають ліки (OR=27,5), зокрема більше рецептурних ліків (IRR=2,1; $p<0,01$); окрім того більш схильні до лікування в стаціонарі, перебування в відділенні невідкладної допомоги (OR=1,3 в обох випадках) та амбулаторного лікування (OR=29,3; всі $p<0,01$). Загальні витрати на лікування у даних осіб складають 18,960 доларів США [92].

Для жителів Канади середня річна вартість лікування псоріазу складає від 3563 до 12,434 канадських доларів, з яких 57 % суми є прямими витратами на лікування. 43 % витрат приходяться на втрату продуктивності пацієнта. Таким чином сумарні втрати для економіки Канади складають 1,7 мільярда канадських доларів щороку [155].

Ліків від псоріазу як зазначалося вище, достеменно не існує, тому застосовується симптоматичне і загальносистемне лікування, що полягає у використанні здебільшого стероїдів, вітаміну D, різного роду мазей для місцевого використання, що володіють імуносупресивною дією або сповільнюють проліферацію епідермальних клітин якщо мова йде про симптоматичне лікування; загальносистемна терапія полягає у використанні стероїдів та інших препаратів описаних раніше, проте загальної дії а також застосування фототерапії [144, 182, 252].

Таким чином сумарно, ми отримуємо захворювання, що вводить в оману своїми начебто простими клінічними проявами, але яке насправді містить у собі достеменно невідому етіологію, складний, комплексний патогенез, широку поширеність, приховані супутні захворювання та ускладнення, важкий фізичний,

психологічний та фінансовий компоненти і на завершення відсутність етіотропного лікування у поєднанні з хронічним рецидивуючим перебігом. Усе це сумарно і складає надзвичайну актуальність псоріазу та викликає підвищену цікавість вчених з усього світу до дослідження різних аспектів даного захворювання.

1.2. Особливості психологічного стану пацієнтів та якості життя хворих на псоріаз

Пояснення щодо існування певного роду зв'язків між шкірою та діяльності вищої нервової системи людини криється в спільному походженні шкірних покривів та нервової системи з ектодерми, що в свою чергу дозволяє певним групам гормонів і нейромедіаторам впливати на них обох [29, 32, 170, 177, 215].

Дійсно, результати багатьох робіт довели існування зв'язку між певними особливостями особистості та шкірними захворюваннями людини [30, 79, 130, 260]. Не виключенням стали і роботи щодо дослідження таких зв'язків при псоріазі [60, 87, 135, 136, 150, 156, 162, 167, 207, 217].

Детально описані клінічні випадки виникнення на фоні псоріазу депресії, тривоги, психозів, когнітивних порушень, сексуальних дисфункцій, розладів сну та харчування [39, 140, 177, 215].

Відповідно до частоти зустрічаємості (в середньому частота виявлення психічних порушень складає 62,0 %) за даними досліджень розподіл психічних розладів має такий вигляд: сексуальна дисфункція (45,6 %), розлади особистості (35,0 %), тривога (30,4 %), агресія (29,0 %), депресія (27,6 %) та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин та звикання до них (24,8 %). Менш поширеними є інші різновиди розладів як психози, шизофренія, біполярний розлад тощо [140, 222]. Високу частоту виявлення депресії та тривожності підтверджують дані й іншого дослідження – в 78,9 % суб'єкта дослідження виявлено депресію, у 76,7 % – тривожність [147].

Дану закономірність можна пояснити, окрім вже вищенаведеної теорії спільного походження, патофізіологічним шляхом. Хронічний стрес, що його відчувають особи з псоріазом вмикає гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, що в свою чергу активує симпатико-наднирково-медулярну реакцію, що призводить до вивільнення прозапальних цитокінів, що не лише підтримує активність псоріазу але активує першочергову ланку виникнення психічних розладів [97, 177, 247].

Дані ж механізми зокрема можуть сприяти поглибленню симптомів депресії і опосередковано сприяти виникненню суїцидальних випадків при псоріазі, що може відбуватися на фоні виражених фізичних симптомів та стигматизації [139, 140]. Так, стигматизація у пацієнтів з псоріазом є найбільш вираженим предиктором депресії і складає 33 % [149].

Порівняльний аналіз вибірки у 150 осіб з псоріазом та 150 здорових осіб дозволив виявити, що у першій групі осіб риси особистості за шкалою відкритості досвіду достовірно відрізняються від осіб в другій групі; також у пацієнтів з псоріазом виявлено вищі значення середньої чутливості до тривоги ніж у здорових осіб ($p < 0,05$) [30].

Аналіз бази даних 42,641 пацієнтів з атопічним дерматитом та 139,486 пацієнтів з іншими шкірними захворюваннями (включно з псоріазом) не виявив суттєвих відмінностей щодо частоти виявлення депресій; відмічено лише більші значення синдрому дефіциту уваги/гіперактивності та розладів поведінки [31].

Шляхом використання шкали Бека для депресії (BDI), шкали тривоги Бека (BAI) та шкали Обсесивно-компульсивного опису Модслі (МОСІ) проведено анкетування 61 пацієнта з псоріазом та 55 здорових осіб. Результати після порівняння та аналізу дозволили стверджувати про існування суттєвої відмінності в усіх трьох досліджуваних показниках між обома групами (BDI, псоріаз $M=16,04 \pm 12,52$, контроль $M=5,75 \pm 8,41$, $t=4,64$, $p < 0,001$; BAI, псоріаз $M=17,02 \pm 14,92$, контроль $M=5,63 \pm 8,17$, $t=4,53$, $p < 0,001$; МОСІ псоріаз $M=16,51 \pm 7,61$, контроль $M=8,77 \pm 6,92$, $t=5,19$, $p < 0,001$) [32].

Розлади статевих функцій у вигляді порушення ерекції та розладів оргазму

спостерігаються в 22,6 %-71,3 % випадків [39].

Проведено оцінку популяції у більше мільйона осіб, з яких 12,762 мали псоріаз, на предмет виявлення психопатології. Порівняння даних виявило, що особи з псоріазом мають в 2,19 рази більші шанси виникнення депресивних епізодів, в 2,92 рази – тривожних розладів, в 2,62 рази соматоформних розладів, в 2,66 рази – невротичних розладів та в 2,58 рази – неорганічних розладів сну в порівнянні зі здоровими особами [50].

Зокрема, наявність розладів сну деякі автори пояснюють частим (36 %-81,8 %) супроводженням псоріазу синдромом обструктивного апное сну [39].

Діти з псоріазом більш схильні до виникнення психічних розладів у дорослому віці порівняно зі здоровими особами (5,13 % проти 4,07 %; $p=0,0001$; коефіцієнт ризику=1,25; $p=0,0001$). В першу чергу це стосується депресії та тривожності (3,01 % проти 2,42 %; $p=0,0036$; коефіцієнт небезпеки=1,25; $p=0,0053$ та 1,81 % проти 1,35 %; $P=0,0048$; коефіцієнт небезпеки=1,32; $p=0,0045$ відповідно) [134].

У вибірці 13,675 осіб хворих псоріазом сумарні випадки появи психічного розладу через 5 років склали 2,6 % а через 10 років – 4,9 % [154].

Одним з ключових показників, що має місце при оцінюванні важкості захворювання, ефективності призначеного лікування є показник якості життя. Не виключенням є його застосування і при псоріазі [171, 176, 237, 250, 251].

Тяжкість перебігу псоріазу безпосередньо впливає і на тяжкість супутньої патології та якість життя пацієнта. Згідно даних Vöhm D. та співавторів [59] тяжкість симптомів пов'язана з більшим дискомфортом, нижчим рівнем якості життя та більшим рівнем стигматизації. Чоловіки та жінки, зокрема, мають відмінності щодо ступені вираженості вищенаведених показників.

Метааналіз 17 досліджень, щодо особливостей якості життя у підлітків та дітей з псоріазом дозволив виявити, що в цілому підлітки та діти відчувають помірне порушення якості життя внаслідок псоріазу, що скоріш за все пов'язано з демографічними характеристиками [214].

Окремо варто зазначити, що підлітки, які страждають на псоріаз в значно

іншій мірі сприймають своє захворювання, що потребує використання окремих опитувальників якості життя [108].

Важливим елементом у практиці будь якого лікаря, що має справу з псоріазом є коректна оцінка PASI (Індекс площі та важкості псоріазу), адже як показують дані Breuer K. та інших [61] пацієнти, що досягли зниження PASI на $<75\%$ мають нижчі показники вихідного рівня якості життя, і відповідно мають більш виражені симптоми депресії, вигорання та хронічного стресу, ніж пацієнти, що досягли покращення PASI на ≥ 75 .

Цей же висновок отримано в дослідженні виконаним іспанськими вченими. Ними оцінено дані між двома візитами пацієнтів з псоріазом, з інтервалом у 4 місяці. Під час першого візиту PASI становив 13,24, оцінки за опитувальником DLQI становив 8,97, за PDI становив 9,24. Під час другого візиту показники склали відповідно 5,07, 4,76 та 4,88. Багатофакторний аналіз підтвердив, що ключовим показником пов'язаним з якістю життя пацієнта була його тяжкість перебігу ($p < 0,001$) [76].

502 пацієнти з псоріазом були обстежені з метою визначення PASI та збору анамнезу, що стосуються шкідливих звичок. Середній вік обстежуваних склав $49,7 \pm 14,6$ років (розподіл по статі: $56,6\%$ чоловіки та $43,4\%$ жінки). $30,3\%$ обстежуваних виявлено залежність від щоденного куріння, $8,6\%$ – алкоголю, $6,0\%$ – наркотиків, $3,8\%$ – користування Інтернетом, $3,6\%$ – їжі та $1,2\%$ – азартних ігор. Вік корелював з більш високою ймовірністю всіх залежностей окрім алкоголю; PASI достовірно був пов'язаний лише з курінням [225].

Форма опитування SF-12, що застосовується для оцінки якості життя шляхом використання як фізичного так і психологічного компонентів була застосована для оцінки зв'язку PASI та компонентів якості життя окремо. Як виявилось збільшення PASI на 10 балів супроводжувалося зниженням показників психологічного компоненту якості життя на $1,1 \pm 1,3$ одиниці ($p = 0,100$) а фізичного на $2,4 \pm 1,3$ одиниці ($p < 0,001$) [113].

Група дослідників на чолі з Gerdes S. [103] зібрала дані щодо показників пацієнтів з різними значеннями відповідей PASI, що на 16 тижні досягнули

DLQI 0/1. В подальшому співвідношення DLQI та PASI оцінювали протягом 52 тижнів. Дане дослідження вкотре підтвердило думку про те, що PASI є ключовим показником, що відповідає за значення показника якості життя пацієнта.

Оцінка якості життя пацієнтів з псоріазом проведено в Угорщині. Анкетування за допомогою опитувальників EQ-5D-3L, EQ VAS та DLQI та огляд 434 пацієнтів дозволив встановити, що 81 % мав псоріаз середнього чи важкого перебігу; більшість пацієнтів вказували на проблеми з болем, дискомфортом, депресією, тривогою [206].

Локалізація псоріазу, стать та соціально-економічний статус відіграють важливу роль у зміні показників якості життя пацієнта. Пацієнти з локалізацією псоріазу на шиї мають гірші показники якості життя ніж особи з іншими локалізаціями псоріазу; також гірші показники якості життя мають жінки у порівнянні з чоловіками і особи з низьким рівнем доходу [128].

Проведене оцінювання якості життя та важкості перебігу псоріазу серед жителів Малайзії. Обстежено 223 пацієнти віком 18-83 роки. Для 30 % псоріаз мав великий вплив на життя; факторами, що найбільше впливали на якість життя були очікувано тяжкість перебігу захворювання, сімейний статус, робочий статус, ураження нігтів, відкритих ділянок тіла, свербіж [186].

Аналіз 46 джерел літератури, щодо якості життя пацієнтів з псоріазом в Європі представили аналогічні з попереднім дослідженням результати. Окрім того кращі показники якості життя отримані у пацієнтів, що отримували системну терапію під час лікування [195].

Проте, є також і дані досліджень, які вказують, що певні риси темпераменту пацієнта з псоріазом можуть послабити зв'язок між PASI та показниками якості життя (QoL). Пом'якшити цей зв'язок можуть такі риси як шкода, прибуток, цінність, загроза, втрата, самозвинувачення, уникнення, пошук соціальної підтримки та інформації [122].

Згідно даних групи дослідників з Бразилії психологічне здоров'я погіршується разом з зі збільшенням важкості перебігу псоріазу. Зокрема, високі показники втрати продуктивності (45,5 % у осіб з важким перебігом) свідчать про

додаткові складнощі пов'язані з економічним тягарем, що несе з собою захворювання [80].

Депресія є одним з факторів виникнення псоріазу. Проведене дослідження за участі жінок, що проживають в США дозволило встановити, що жінки з тяжкою депресією, або які приймали антидепресанти мають більший ризик (RR 1,59) виникнення псоріазу в подальшому (95 % довірчий інтервал, 1,21-2,08) [83].

Дані аналізу 98 публікацій дозволили встановити, що поширеність депресії складає 28 %, зокрема клінічної депресії – 12 %. Пацієнти з псоріазом в порівнянні з іншими групами осіб мають більші показники депресивних симптомів (SMD 1,16; 95 % довірчий інтервал 0,67-1,66), частіше відчують себе депресивно та частіше приймають антидепресанти (OR 1,57; 95 % ДІ 1,40-1,76 та OR 4,24, 95 % ДІ 1,53-11,76 відповідно) [84].

Афективний тип темпераменту зустрічається у більшій мірі в пацієнтів з псоріазом, що мають більші показники депресії, тривоги і дратівливості [169].

Також у пацієнтів з псоріазом встановлені високі показники іпохондрії. Згідно даних дослідження патологічно підвищені показники спостерігалися у 27,9 % пацієнтів вибірки. У даних пацієнтів домінували підвищені показники страху, тривоги та водночас були знижені показники его, домінування і сили. Дані регресійного аналізу показали, що жіноча стать та високі показники важкості перебігу псоріазу були пов'язані з вищими показниками іпохондрії ($p=0,03$ та $0,001$) [106].

Особи з псоріазом мають менші показники імпульсивності, продуктивності та наполегливості, більші показники жорстокості ніж особи, що страждають від стресу на роботі [112].

Встановлено особливості показників особистості у осіб, що асоціюють зв'язок між загостренням псоріазу та стресом. У роботі були задіяні 101 пацієнт, з яких 63 % повідомили про суб'єктивний зв'язок між загостренням захворювання та стресом. Дані анкетування виявили у них такі риси як: сприйнятливність до стресу, тривожність соматичних та психічних рис, відсутність наполегливості та недовіри [220].

Окрім того дані іншого дослідження вказують, що для пацієнтів з псоріазом характерні скарги на алекситимію, тривожність, депресію, ожиріння та відчуття тяги до їжі [119].

Показники темпераменту досліджені у жителів Тунісу, хворих на псоріаз. Жінки пацієнти мають вищі показники за депресивним і тривожним темпераментом [160].

Також, у порівнянні зі здоровими особами, пацієнти з псоріазом мають особливості темпераменту залежно від життєвих подій та кількості сприйнятого стресу. Зокрема, у таких пацієнтів встановлені депресивний, циклотимічний і тривожний профілі темпераменту [199].

Показники госпіталізації з приводу психічних захворювань значно вищі у осіб, що страждають на псоріаз (4,04 проти 2,21 %). Здебільшого приводом до госпіталізації ставали: шизофренія, розлад особистості, депресія та тривожність [201].

Серед пацієнтів з псоріазом у порівнянні з особами, що страждають на меланому та алергію частіше спостерігаються суїцидальні думки (33,9 % проти 15,6 % і 18,9 % відповідно для пацієнтів з меланомою та пацієнтів з алергією; $\chi^2_2=2,05$; $p<0,01$) [204, 205].

Основними факторами, пов'язаними з тривогою у пацієнтів з псоріазом, відповідно до даних багатоваріантного аналізу є тяжкість псоріазу, стать, вища освіта; незалежними змінними, що включені до моделі дослідниками були тяжкість псоріазу, стать та локалізація псоріазу на голові [209].

У хворих псоріазом встановлено достовірні зв'язки між тривогою та депресією і алекситимією та станом психічного здоров'я. Зокрема, позитивні зв'язки спостерігалися між алекситимією та тривогою і депресією, в той час як психічне та фізичне здоров'я були негативно пов'язані з нею [210].

Досліджено особливості показників особистості у пацієнтів з псоріазом, що мають сильний свербіж. В дослідженні прийняло участь 101 пацієнт. Виявлено високі показники депресії та тривоги; такі риси особистості пов'язані з даною категорією пацієнтів: озлоблення, соматична тривожність, недовіра та фізична

агресія [219].

Чинниками ризику суїциду у пацієнтів з псоріазом є: вік – 15-20 та 55-60 років; тяжкість перебігу псоріазу – важкий перебіг. В той же час численні дослідження не змогли дати однозначну відповідь про переважання суїцидальних випадків між чоловіками чи жінками [184].

Встановлено, що відповідно до даних опитувальника SF-36, нижчі показники психічного здоров'я мають пацієнти з помірним та важким перебігом псоріазу, що страждають на супутні захворювання: гіпертонія, псоріатичний артрит, порушення сну, цукровий діабет та ожиріння [224].

В роботі присвячений вивченню особливостей темпераменту у жителів Японії, хворих на різні захворювання шкіри, авторами дослідження використано опитувальник Інвентаризації особистості Ятабе-Гілфорда. Відповідно до результатів обробки даних, пацієнти з атопічним дерматитом, у порівнянні з особами, що хворіють на псоріаз мають значно вищі показники щодо темпераментів почуття власної неповноцінності, нервозності, депресії. Ці та інші особливості виявлені в ході дослідження вказують на існування особливих профілей особистості у пацієнтів з різними захворювання шкіри [239].

Порівняно зі здоровими особами, хворі на псоріаз мають значні прояви алекситимії (32,4 проти 9,3 %). Середній баз відповідно до опитувальника TAS (20-пунктова шкала алекситимії Торонто) склав 53,5 ($\pm 15,3$) для групи пацієнтів і 45,1 ($\pm 10,8$) у здорових осіб ($p < 0,0001$) [241].

Werner M. C. F. та іншими [253] проведено імунологічне дослідження, щодо виявлення асоціацій між ризиками виникнення психічних розладів (PRS) та псоріазом. Так, зв'язки виявлені між показниками ризику виникнення псоріазу та sgp130 ($p=0,02$), PRS тривоги та IL-18 ($p=0,03$), а також негативний зв'язок між PRS тривоги та sIL-2R ($p=0,02$).

Недооцінка психоемоційного стану пацієнта може стати ключовою помилкою лікуючого лікаря, що має справу з пацієнтом хворим на псоріаз. Таким чином, психодерматологія як новий напрямок наукового дослідження має повноцінно зайняти своє місце поряд з іншими гілками науки, що досліджують дане

захворювання, для якомога повного і цілого розуміння стану пацієнта і вчасного реагування на його відхилення від норми.

1.3. Значення конституціональних факторів у виникненні дерматологічних захворювань

Як можна впевнитись з попередніх двох розділів огляду літературних джерел, безумовно велика кількість факторів зовнішнього і внутрішнього середовища впливають на перебіг і формування псоріазу. Ще однією великою і впливовою групою таких факторів, що потребує подальшого ознайомлення, є конституціональні параметри тіла людини.

Група з 39 жінок та 43 чоловіків віком 20-60 років пройшла обстеження на предмет визначення соматотипу (за В. Heath і L. Carter) і важкості перебігу псоріазу. Статистична обробка даних показала, що більш важкий перебіг псоріазу та збільшена частота загострень частіше зустрічаються у представників ендоморфного соматотипу [26].

Відомо, що метаболічний синдром часто супроводжує псоріаз [51, 65, 77, 88, 102, 115, 121, 246]. Пояснення цьому на думку сучасних вчених полягає у відкритті нових функцій білої жирової тканини. Якщо відповідно до старих світоглядів, це було лише джерело енергії, що ніяк не приймає участь в «житті» організму, то тепер достеменно відомо, що це ендокринний орган, що секретує велику кількість медіаторів, які зокрема, беруть участь в формуванні імунної відповіді організму та запаленні. В свою чергу надмірна кількість такої тканини призводить до надмірної прозапальної дії. Як вже відомо з першої частини огляду літературних джерел, це і є основа патогенезу псоріазу [126].

В одному з експериментальних досліджень його поширеність складала 52,9 % порівняно з 34,31 % у здорових осіб. Більше того, псоріаз може бути предиктором виникнення метаболічного синдрому (OR 3,634) [33].

Японськими вченими проведено довготривале (1998-2012 роки) спостереження за більш ніж 16 тисячами пацієнтів, з яких у 429 розвинувся псоріаз. Відмічено різкі скачки збільшення кількості хворих на псоріаз у віковій групі 30 років, з досягненням піку в 50 років для чоловіків, та поступовий підйом у жінок до 60 років. Показники індексу маси тіла достовірно відрізнялися від контрольної групи і були більшими ($23,96 \pm 4,46$ та $22,22 \pm 3,98$ відповідно, $p < 0,0001$) [179].

В цілому ризик виникнення псоріазу може подвоїтися у випадку значення індексу маси тіла вище 35,0 (порівняно з особами, які мають індекс маси тіла 21,0-22,9). Також збільшення ваги тіла, окружностей талії і стегон після 18 років є факторами ризику виникнення псоріазу [180].

Більше того, порівняно з контрольною групою, у хворих на псоріаз вищі показники виявлення таких супутніх патологій як метаболічний синдром, цукровий діабет та артеріальна гіпертензія. Метаболічний синдром більш поширений у осіб з псоріазом у віці після 40 років [262].

Що стосується статевих особливостей клінічних характеристик псоріазу – то у чоловіків хворих псоріазом виявляють більші значення індексу маси тіла, індексу важкості перебігу псоріазу та віку початку захворювання; у жінок же відмічають зв'язок з сімейним анамнезом, ураження суглобів, більший вплив захворювання на показники якості життя та психологічний стрес [181].

208 дітей без ожиріння були обстежені антропометрично та клінічно. 135 з них хворіли на псоріаз, а 73 хворіли на інші запальні захворювання шкіри. Статистичний аналіз даних встановив, що діти з помірним та важким перебігом псоріазу мали вищі значення відношення окружності талії до зросту, ніж діти з псоріазом легкого перебігу (0,48 проти 0,46; $p = 0,04$) [152].

Аналіз даних 1,5 мільйона осіб, жителів США виконаний групою вчених. Загальна частота псоріазу відповідно до обробки отриманих даних склала 9,5 на 10 000 людино-років для осіб з нормальною вагою і нижче; 11,9 для пацієнтів з зайвою вагою; 14,2 для осіб з ожирінням 1 класу; 17,4 для осіб з ожирінням 2-3 класу [185].

В схожому дослідженні, проте за участі 2,1 мільйона осіб OR для осіб з

ожирінням серед пацієнтів з псоріазом склав 1,66 (95 % довірчий інтервал 1,46-1,89) порівняно з пацієнтами без псоріазу; якщо брати до уваги тяжкість перебігу псоріазу то OR серед пацієнтів із легким псоріазом становив 1,46 (95 % ДІ 1,17-1,82), а із важким псоріазом – 2,23 (95 % ДІ 1,63-3,05) [43].

Також взаємозв'язок між індексом ваги тіла та тяжкістю перебігу псоріазу вивчали Sobhan M. і Farshchian M. [234]. Середні значення індексу маси тіла та окружності талії у осіб з легким перебігом псоріазу склав $25,86 \pm 5,93$ кг/м² та $91,54 \pm 11,49$ см, помірним – $30,85 \pm 3,77$ кг/м² та $99 \pm 8,39$ см, важким – $26,96 \pm 5,68$ кг/м² та $92,17 \pm 10,73$ см ($p=0,096$ та $p=0,211$ відповідно).

Площа епікардіального жиру у пацієнтів з псоріазом має більші значення ніж у здорових осіб ($13,8 \pm 8,4$ проти $9,7 \pm 6,4$ см², відповідно, $p=0,02$) в той час як показник оцінки кальцію коронарної артерії не мав достовірної відмінності між досліджуваними групами. Застосувавши аналіз множинної лінійної регресії дослідники змогли встановити, що площа епікардіального жиру пов'язана з такими показниками як окружність талії та наявністю кальцифікації коронарної артерії (як для осіб з псоріазом так і для здорових осіб з контрольної групи $p<0,05$) [49].

Для населення Південної Африки розраховано поширеність супутніх захворювань, що зустрічаються разом з псоріазом для здорових осіб, та осіб, що страждають від псоріазу. Дані статистичної обробки даних виявили достовірні більші рівні захворюваності метаболічним синдромом, цукровим діабетом 2 типу та гіпертонічною хворобою в групі осіб хворих псоріазом (52,4 % проти 33,7 %; $p=0,007$, 25,2 % проти 4,1 %; $p<0,0001$, 70,9 % проти 46,6 %; $p=0,001$ відповідно) [110].

Дані аналізу пацієнтів з псоріазом та здорових осіб з 83 амбулаторій дозволив встановити, що значення індексу маси тіла у пацієнтів з даним захворюванням в середньому склав 28,0 станом на 2013-2014 роки (у здорових осіб 25,9). Попередні дані, щодо індексу маси тіла в 2007 році зафіксували середнє значення на рівні 26,9 [120].

В свою ж чергу даний механізм має і зворотній ефект. Зниження ваги дозволяє покращити клінічну картину перебігу псоріазу [127, 203].

Існують відмінності у показниках індексу маси тіла між різними захворюваннями, що мають в основі автоімунну реакцію. Середні значення в дослідній групі осіб, що страждають на псоріатичний артрит склали 29,6, у осіб з псоріазом – 27,9, у осіб з ревматоїдним артритом – 27,3, та у здорового населення – 26,1. Відмінності в індексі маси тіла були значущими між усіма групами ($p < 0,05$), крім псоріазу та ревматоїдного артрити [55].

Об'ємне дослідження за участі більше 300 тисяч осіб, дозволило виявити зв'язок між різними показниками індексу маси тіла та ризиком виникнення псоріазу. Середня різниця між значеннями індексу маси тіла у хворих та здорових дорослих осіб становила $1,26 \text{ кг/м}^2$ (95 % ДІ 1,02-1,51), у дітей $1,55 \text{ кг/м}^2$ (95 % ДІ 1,13-1,98). Збільшення показника індексу маси тіла на 1 кг/м^2 асоціювалося з вищими шансами виникнення псоріазу на 4 % ([OR] = 1,04; 95 % ДІ 1,03–1,04; $p = 1,73 \times 10^{-60}$) [63].

Також увага приділяється вивченню такого важливого антропометричного показника як відношення окружності тулуба до висоти. Дослідження, проведене дослідниками з КНР за участі 135 дітей з псоріазом та 73 здорових дозволило встановити значне збільшення даного показника у першій групі в порівнянні з контролем 0,5 (29 % $n=39$, 11 % $n=8$, відповідно $p=0,002$). Вищі показники були більш поширені у випадках середнього та важкого перебігу псоріазу в порівнянні з легким (0,48 проти 0,46; $p=0,04$) [69].

У осіб з псоріазом в порівнянні зі здоровими особами виявлено статистично значущі більші значення ваги тіла, маси жиру в організмі, відсотка загальної води в організмі, відсотка жиру в організмі, показника вісцерального жиру, метаболічного віку та індексу маси тіла [90].

Дані бразильських вчених підтверджують асоціацію псоріазу з метаболічним синдромом також. Поширеність метаболічного синдрому у хворих складала 49,4 %, в той час як у здорових осіб – 35,0 % (95 % ДІ=1,02-3,23), що дозволяє впевнено стверджувати про існування достовірної різниці ($p=0,04$) в межах досліджуваних груп [93].

Досліджено особливості антропометричних показників у осіб, хворих псо-

ріазом, старше 65 років. У даної категорії осіб достовірно більші показники гіпертрофії лівого шлуночка, співвідношення обхватів талії та стегна. Окрім того виявлені взаємозв'язки між тяжкістю перебігу псоріазу та наявністю шкідливих звичок [96].

Групою малайських вчених проведено обстеження дітей малайзійців, китайців та індусів, що проживають в Малайзії. У малайських та індійських дітей псоріаз зустрічається достовірно частіше 4,30 (95 % ДІ, 1,85-9,99) і 3,00 (95 % ДІ, 1,02-8,81) відповідно. В той же час достовірно відмінної поширеності псоріазу між індійськими та малайськими дітьми не було виявлено. У дітей хворих псоріазом виявлено більші значення індексу маси тіла порівняно зі здоровими дітьми [71].

Тяжкість псоріазу відповідно до PASI балів корелює з індексом маси тіла, окружністю талії та відношення окружності талії до стегна ($R=0,0154$, $p=0,01$, $R=0,207$, $p=0,001$, $R=0,164$, $p=0,007$ відповідно) [86].

Відповідно до даних багатофакторного аналізу показники вісцерального жиру мають більше значення у осіб з псоріазом ніж з псоріатричним артритом та у здорових осіб ($p=0,0004$ та $p=0,0013$ відповідно). Також у пацієнтів з псоріазом показники кількості вісцерального жиру корелювали з показниками SCORE ($r=0,61$) [249].

Проведений аналіз даних 34,781 пацієнта середнього віку 44,5 років (46,0 % чоловіки) з послідуною статистичною обробкою даних шляхом багатофакторної коригування виявив значущий зв'язок між псоріазом і цукровим діабетом 2 типу ([OR], 1,53; 95 % ДІ, 1,03-2,27; $p=0,04$) а також між псоріазом та збільшенням індексу маси тіла (OR, 1,81; 95 % ДІ 1,28-2,55; $p=0,001$ у випадку якщо індекс маси тіла складає $>35,0$). Генетична ж кореляція між псоріазом та показником індексу маси тіла склав 0,12 (0,08-0,19; $p<0,001$) [161].

Показники, що характеризують метаболічний синдром були проаналізовані серед міських жителів Південної Індії, зокрема, тих хто страждає на псоріаз. У останніх метаболічний синдром зустрічається значно частіше ніж у здорових осіб (28,8% проти 16,7%, $p=0,01$) [105].

Аналогічні дані отримані також турецькими вченими. Окрім того ними досліджено індекс абдомінальної жирової маси, проте він не корелював ні з наявністю псоріазу чи його тяжкістю перебігу, ні з індексом абдомінальної жирової маси [107].

Окрім дослідження псоріазу, наявні численні публікації щодо особливостей антропометричних показників при інших дерматологічних захворюваннях [109].

Проте, зустрічаються результати одиночних досліджень, де вченими не виявлено будь яких зв'язків між захворюваннями шкіри людини і її конституціональними показниками [131]. Так, в одному з таких досліджень не встановлено зв'язок між індексом маси тіла та ризиком виникнення хронічної кропив'янки – автори не виявили будь яких достовірних кореляцій між досліджуваними параметрами [28], що ймовірно може бути пов'язане з малою і неоднорідною вибіркою (30 осіб).

Групою дослідників проведено метааналіз 45 досліджень, що сумарно включають в себе 90 тисяч осіб з atopічним дерматитом. Незважаючи на певні невідповідності, в цілому прослідковується зв'язок між ожирінням та atopічним дерматитом, а особливо його наявність у віці до 2 років (позитивний зв'язок) [35].

714 осіб, жителів Кувейту було обстежено на предмет виявлення акне. Клінічне обстеження виявило акне у 479 осіб (67,1 %; 95 % ДІ 63,5–70,5 %). Відповідно до результатів багатofакторного аналізу достовірно пов'язаними з акне були такі фактори як стать, вік, національність та індекс маси тіла [36].

Масове дослідження, що охопило 23 мільйони осіб та тривало більше 5 років, дозволило зафіксувати виникнення хронічної спонтанної кропив'янки. Здебільшого це були жінки, літнього віку з вищими ніж у загальної популяції показниками індексу маси тіла та окружності талії ($p < 0,0001$) [133].

Групою вчених на чолі з Ascott A. [44] порівняно дані 441 тисячі осіб з atopічною екземою та майже 2 мільйонів здорових осіб. Особи хворі на atopічну екзему мали вищі шанси щодо набору зайвої ваги або ожиріння порівняно зі здо-

ровими особами [(OR) 1,08, 95 % довірчий інтервал (CI) 1,07–1,09]. В той же час будь яких доказів зв'язку між збільшенням ваги тіла та збільшенням важкості протікання захворювання не було виявлено.

Встановлено, що акне помірної та важкої важкості пов'язані з обтяженим сімейним анамнезом (відношення шансів 3,41, 95 % довірчий інтервал 2,31-5,05), в той час як нижчі показники індексу маси тіла знижують шанс виникнення акне (особливо у чоловіків порівняно з жінками) [78].

Вибірка у більше 4 тисяч підлітків, як здорових так і з акне після аналізу дозволила отримати такі результати: надмірної маси тіла спостерігалася у 9,5 % дівчат і 15,4 % хлопчиків. Поширеність акне склала 13,1 % у дівчат і 14,0 % у хлопчиків. В той же час, поширеність акне різко зростала зі збільшенням індексу ваги тіла більше 25. Для дівчат виявлено скоригований OR 2,0 (95 % ДІ 1,3-3,2) між акне і надмірною вагою [116].

Багатофакторні моделі пропорційних ризиків Кокса були використані з метою визначити, чи збільшують окружність талії та індекс маси тіла тривалість хронічної спонтанної кропив'янки. Для досягнення мети було обстежено більше 52 тисяч осіб. Встановлено, що в групі з високими показниками обох антропометричних показників HR був у 1,062 рази вищим (95 % ДІ, 1,028–1,098), ніж у групі з нормальними значеннями окружності талії та індексу маси тіла [132]. Ці дані знайшли підтвердження і в інших дослідженнях [258].

Діти з надмірною масою тіла та ожирінням мають більші значення розмірів меланоцитарних невусів ($p=0,033$, $p=0,044$) – такі дані були отримані при обстеженні литовських школярів [137].

Індекс маси тіла можна використовувати з метою передбачення виникнення астми та atopічного дерматиту (відношення шансів [OR], 1,074; 95 % CI, 1,008-1,143; $p=0,026$ та OR, 1,072; 95,1 % CI, 0,998-1,150; $p=0,056$ відповідно) [138].

Показники важкості перебігу atopічний дерматит достовірно пов'язані з індексом маси тіла у дітей віком старше 2 років [141].

Довготривале спостереження за великою вибіркою осіб (14 років) дозволило виявити 5249 випадків появи розацеа. З урахуванням антропометричних

показників було виявлено такі взаємозалежності: ризик виникнення розацеа достовірно пов'язаний з підвищенням індексу маси тіла ($P_{\text{trend}} < 0,0001$). При значенні індексу маси тіла більше 35 коефіцієнт ризику розацеа становив 1,48 (95 % довірчий інтервал 1,33-1,64) у порівнянні з показниками індексу маси тіла 21,0-22,9 $\text{кг}/\text{м}^2$. Окрім того виявлено такої ж сили зв'язок з і збільшеними показниками окружності стегон і талії [157].

Обстеження осіб, жителів Китаю з та без акне виявило вищі значення індексу маси тіла у осіб з акне середнього та важкого ступеню у порівнянні зі здоровими особами ($21,86 \pm 2,83 \text{ кг}/\text{м}^2$ та $20,22 \pm 2,43 \text{ кг}/\text{м}^2$, $p < 0,001$ відповідно). Цікавий факт, що показники індексу маси тіла у осіб з ураженням грудної клітки був вищим, ніж у пацієнтів без уражень грудної клітки ($22,30 \pm 2,57 \text{ кг}/\text{м}^2$ та $20,68 \pm 2,23 \text{ кг}/\text{м}^2$, $p < 0,001$ відповідно) [164].

Результати багатofакторного аналізу показників отриманих з вибірки у більше 500 тисяч обстежених осіб з та без акне вказують, що найнижчу ймовірність появи акне мають особи із важким ожирінням (aOR для чоловіків, 0,53; 95 % довірчий інтервал, 0,42-0,64; aOR для жінок, 0,5; 95 % довірчий інтервал, 0,37-0,62) [231].

Значення окружності талії є статистично значущими при оцінці ризику виникнення себорейного дерматиту ($p < 0,05$). В той же час присутність чи відсутність метаболічного синдрому не грає роль у передбаченні даного виду дерматиту [235].

Відповідно до даних Lajevardi, V. зі співавторами найвищі значення індексу маси тіла спостерігаються у осіб з важким перебігом акне ($24,4 \text{ кг}/\text{м}^2$), в той час як найнижчі значення індексу маси тіла спостерігаються у групі важких акне ($21,86 \text{ кг}/\text{м}^2$). Проте, достовірної кореляції між тяжкістю акне та індексу маси тіла дослідниками виявлено не було ($p = 0,806$) [146].

Схоже дослідження було проведено іншою групою авторів, проте вони брали до уваги також підтип акне (комедонові вугри, папуло-пустульозні вугри та вузлово-кістозні акне). Акне здебільшого виявляли у осіб старше 15 років ніж у осіб 12-14 років (97,1 % проти 76,0 % відповідно, $p < 0,001$). Залежності між ін-

дексом маси тіла та появою акне дослідниками не було зафіксовано, проте – виявлено залежності з підтипом акне – наприклад, для підлітки з ожирінням чи надлишковою вагою мали частіше запальний тип акне ($p=0,03$). Також вченими встановлено, що значення індексу маси тіла суттєво корелювало з тяжкістю акне ($\rho=0,33$, $p<0,001$) [151].

Окрім того існує залежність між індексом маси тіла та різними ступенями важкості алопеції [197]. Чоловіки з вищими значеннями індексу маси тіла мають важкий тип алопеції у порівнянні з нижчими значеннями, у яких спостерігають помірну чи легку алопецію (25,1 проти 22,8 кг/м², $p=0,01$). Багатофакторне коригування дозволило встановити ризик виникнення важкої алопеції у чоловіків з індексом маси тіла більше 24 кг/м² [255].

Шляхом застосування коефіцієнта множинного регресійного аналізу з ступінчастою моделлю, Lu P. H. та Hsu C. H. [165] виявили, що індекс маси тіла ($\beta=-0,36$; $p=0,001$) та обтяжений сімейний анамнез ($\beta=0,21$; $p=0,04$) є основними предикторами кількості акне. Ключову роль індексу маси тіла як фактора передбачення виникнення та важкості перебігу акне підтверджують дані й інших робіт [37, 40, 173, 178, 183, 226]. Аналогічні дані виявлені і щодо червоного вовчака [41, 202], хороїдального невусу [229], atopічного дерматиту [261].

Підсумовуючи підсумок даного огляду літературних джерел можна зробити висновок про складність та комплексність дослідження псоріазу, що вимагає застосування різних методів обстеження – як психоневрологічного так і антропометричного. Застосування одразу кількох таких потужних інструментів отримання даних, підкріплених теоретичними даними щодо їх застосування та інтерпретації дають можливість більш глибоко зрозуміти суть даної патології, та відповідно, створити механізми для попередження їх виникнення, важкості перебігу, особливостей клінічного перебігу для різних груп населення.

Результати конституціональних особливостей виникнення та перебігу псоріазу відображені в статті у фаховому науковому журналі України [187].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Загальна методика та суб'єкти дослідження

У відповідності з метою та задачами дослідження чоловікам першого зрілого віку (22-35 років) хворим на псоріаз (n=100, серед яких 32 із легким перебігом і 68 із важким перебігом), що пройшли обстеження на базі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та кафедри шкірних і венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, проведено клініко-лабораторне, антропо-соматотипологічне та психо-фізіологічне обстеження. Усі обстеження були проведені на основі принципу інформованої згоди.

Контрольну групу склали 82 практично здорових чоловіків аналогічної вікової групи, антропометричні дані та показники особливостей особистості яких були відібрані з банку даних науково-дослідного центру ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Комітетом з біоетики ВНМУ ім. М. І. Пирогова (протокол № 2 від 20.02.2020 та протокол № 4 від 19.05.2022) встановлено, що проведені дослідження не суперечать основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ та законам України.

2.1.1. Клінічна характеристика хворих на псоріаз.

Для клінічної оцінки важкості перебігу і площі псоріатичних уражень використали індекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) [45]. Інтенсивність основних симптомів – еритеми, інфільтрації та лущення визначали за бальною системою: 0 балів – відсутність симптому, 1 – легкий прояв, 2 – помірний, 3 – важкий, 4 – дуже важкий прояв. Індекс PASI для кожної області тіла вираховували за

формулою: коефіцієнт анатомічної області тіла (для голови – 0,1, верхніх кінцівок – 0,2, тулуба – 0,3, нижніх кінцівок – 0,4) × (вираженість еритеми + вираженість інфільтрації + вираженість луцення) × площу ураження шкіри відповідної анатомічної області тіла. За сумарним індексом PASI (сума отриманих індексів для кожної області тіла) оцінюють ступень важкості псоріазу: легкий ступень важкості – значення PASI <10; середній ступень важкості – значення PASI від 10 до 20; важкий – значення PASI >20 [101].

Клінічний приклад 1: Пацієнт Д., 1986 року народження, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на свербіж шкіри, луцення, виражені запальні явища в ділянці старих висипів та поява свіжого висипу, особливо на суглобах. Після проведення клінічного дослідження встановлений діагноз: Поширений псоріаз, прогресуюча стадія, бляшкова форма, зимній тип, важкий перебіг.

Клініка: на розгинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок, зокрема в ділянці кистей, ліктьових та колінних суглобів і на тулубі патологічний процес представлений набряклими, напруженими папулами, бляшками, яскраво-рожевого кольору, схильних до периферичного росту та злиття, вкритих сріблясто-білими лусочками, навколо бляшок відмічається чіткий еритематозний бордюр (обідок Пільнова) – зона периферичного росту без луцення (рис. 2.1).

- *Спостерігається:*
- феномен Кебнера (ізоморфна реакція);
- псоріатична тріада симптомів при гротажі позитивна: при пошаровому зішкрябуванні бляшок предметним склом, спочатку лусочки відчутно подрібнюються, що підсилює білий колір поверхні бляшок, яке нагадує розтерту краплю застиглої стеарину – це симптом «стеаринової плями» (рис. 2.2). У разі подальшого зішкрябування та остаточного відокремлення лусочок стає помітною гладенька поверхня у вигляді тонкої напівпрозорої плівки – симптом «термінальної плівки». Якщо її обережно зішкребти, то виступають дрібні крапельки крові – феномен Ауспітца, симптом «кров'яної роси», або «точкової кровотечі» (див. рис. 2.2);



Рис. 2.1. Пацієнт Д., з поширеним псоріазом, прогресуюча стадія, бляшкова форма, зимній тип, важкий перебіг.



Рис. 2.2. Псоріатична тріада. а – «стеаринової плями»; б – «термінальної плівки»; в – «точкової кровотечі».

- симптомом «наперстка» – ураження нігтьових пластинок, яке виявляється утворенням точкових вдавлень, деформацією нігтьової пластинки, крихкістю вільного краю, зміною забарвлення нігтя, появою поперечних та повздовжніх борозенок – лінії Бо, піднігтьових крововиливів (рис. 2.3);

- симптом «псоріатична корона» – локалізація псоріатичних папул із нашаруванням кірко-лусок по краю росту волосся на голови з переходом на шкіру чола (рис. 2.4);



Рис. 2.3. Симптомом «наперстка».



Рис. 2.4. Симптом «псоріатична корона».

- PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – індекс площі та важкості псоріазу = 20, що вказує на важкий перебіг псоріазу;
- DLQI (Dermatology Life Quality Index) – дерматологічний індекс якості життя = 24, що вказує на важкий перебіг псоріазу.

Клінічний приклад 2: Пацієнт В., 1987 року народження, звернувся у шкірвенвідділення ВМКЦР м. Вінниця зі скаргами на лущення шкіри в ділянці ліктьових суглобів, враження нігтів. Після проведення клінічного дослідження встановлений діагноз: Обмежений псоріаз, стаціонарна стадія, бляшкова форма, зимній тип, легкий перебіг.

Клініка: процес запальний, симетричний з локалізацією в ділянці ліктьових (рис. 2.5) і колінних суглобів (рис. 2.6), представлений бляшками рожевого кольору з сріблясто-білими лусочками по всій поверхні бляшок, позитивний симптом «наперстка» (рис. 2.7).



Рис. 2.5. Симптом «чергових бляшок» на ліктьових суглобах.

Спостерігається:

- Феномен Кебнера, псоріатична тріада проводиться важко;
- PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – індекс площі та важкості псоріазу = 5, що вказує на легкий перебіг псоріазу;
- DLQI (Dermatology Life Quality Index)– дерматологічний індекс якості життя = 9, що вказує на легкий перебіг псоріазу.



Рис. 2.6. Симптом «чергових бляшок» на колінних суглобах.

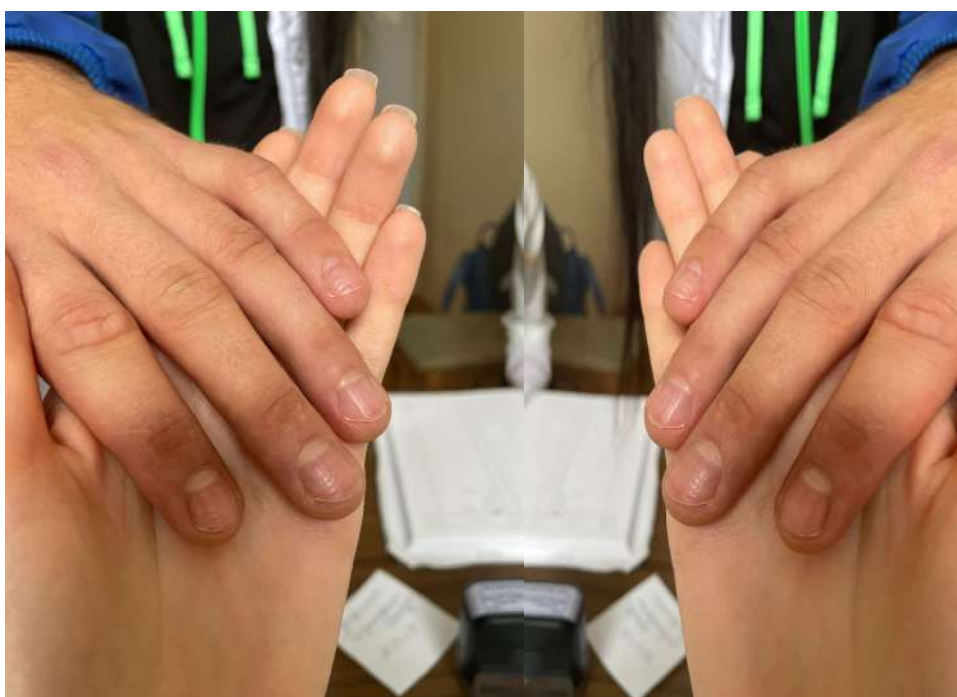


Рис. 2.7. Симптомом «наперстка».

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Антропометричні та соматотипологічні.

Антропометричне обстеження проведено згідно методики Бунака В.В. [4] та рекомендацій Шапаренка П. П. [25]. Обстеження включало вимірювання наступних тотальних розмірів тіла: масу і довжину, які надалі були включені у фор-

мулу Дю Буа для визначення площі поверхні тіла:

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

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

До обсягу антропометричного увійшло визначення таких парціальних розмірів тіла як:

поздовжні (висота надгрудинної, плечової, пальцевої лобкової та вертлюгової антропометричних точок);

обхватні (плеча в стані напруження і в спокої, передпліччя і гомілки у верхній і нижній частинах, стегна і стегон, шиї, талії, кисті, стопи, грудної клітки на вдиху, видиху і в стані спокою);

ширина дистальних епіфізів (ШДЕ) плеча, передпліччя, стегна та гомілки);

поперечні (передньо-задні розміри грудної клітки: поперечний середньогруднинний і нижньогруднинний розміри, передньозадній розмір грудної клітки, ширина плечей; розміри тазу – міжостьовий, міжребеневий і міжвертлюговий, зовнішня кон'югата);

товщина шкірно-жирових складок (ТШЖС) на задній та передній поверхнях плеча, на передпліччі, під лопаткою, на грудях, животі, боці, стегні та на гомілці).

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

Маса тіла визначалась за допомогою медичних ваг із точністю до 0,1 кг. Перед зважуванням перевіряли точність налаштування приладу – ваги повинні стояти на рівній твердій поверхні. Під час зважування досліджуємий був без одягу і взуття, стояв спокійно, строго в середині майданчика ваг. Вимірювання маси тіла отримувалися вранці натщесерце (через 12 годин після прийому їжі) та після спорожнення кишечника.

Антропометричні вимірювання здійснювалися на правій половині тіла. Металевим антропометром системи Мартіна (точність до 0,5 см) вимірювалися поздовжні розміри. Для визначення будь-якого поздовжнього розміру визначали місце розташування верхньої і нижньої антропометричних точок, що обмежують даний розмір та вимірювали висоту стояння цих точок над підлогою. Різниця між визначеними рівнями становила шукану величину довжини окремої частини тіла, або його сегменту.

Сантиметровою стрічкою, точність якої становила до 0,5 см, а ліміт досліджень був 100 замірів, вимірювалися охватні розміри тіла.

Поперечні та глибинні передньо-задні діаметри певного сегмента тіла вимірювали між його крайніми точками ковзаючим циркулем або малим толстотним циркулем (деякі розміри голови, обличчя і кінцівок) та великим толстотним циркулем (ширина плечей, грудної клітки, тазу) (в см). Штангенциркулем (точність до 0,1 см) вимірювалися поперечні діаметри дистальної частини плеча, передпліччя, стегна і гомілки (ШДЕ довгих трубчастих кісток кінцівок).

За допомогою спеціального пристрою – каліпера – вимірювати ТШЖС у різних місцях. Щоб уникнути помилок ретельно визначали місце виміру. Шкірну складку щільно затискали великим і вказівним пальцями або трьома пальцями так, щоб у складі складки була шкіра й підшкірний жировий шар. Ніжки каліпера прикладали так, щоб відстань від гребінця складки до точки виміру приблизно рівнялося б товщині самої складки.

Для вимірювання голови і обличчя використовували ковзний і товстотний циркулі системи Мартіна. При визначенні розмірів нижньої щелепи застосовували мандибулометр.

Оцінку соматотипу проведено згідно схеми Хіт-Картера [66]. Соматотип визначали оцінкою, що містила в собі три первинні компоненти статури: 1) ендоморфний (FX), що дає характеристику ступеня розвитку жирової тканини; 2) мезоморфний (MX), що відображає відносний розвиток м'язів і кісткових елементів тіла; 3) ектоморфний (LX), віддзеркалює відносну витягнутість тіла людини та слугує є сполучною ланкою між ендоморфною та мезоморфною характеристи-

ками будови тіла.

Ендоморфний компонент (FX) обраховувався за нижче наведеною формулою:

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

де X – це сума товщини ШЖС на задній поверхні плеча, під лопаткою й на боці.

Формула обрахування мезоморфного компонента (MX) мала наступний вигляд:

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

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

Ектоморфний компонент (LX) визначався за такою формулою:

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

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

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

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

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

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

Встановлений наступний розподіл соматотипів серед хворих на псоріаз чоловіків легкого і важкого перебігу: мезоморфи – відповідно 28 і 55; ектоморфи – відповідно 0 і 2; екто-мезоморфи – відповідно 0 і 2; енто-мезоморфи – відповідно 4 і 9. Серед здорових чоловіків розподіл соматотипів наступний: ендомор-

фи – 2; мезоморфи – 39; ектоморфи – 9; екто-мезоморфи – 13; ендо-мезоморфи – 13; представники середнього проміжного соматотипу – 6.

Абсолютну кількість жирового, кісткового та м'язового компонентів маси тіла визначали за формулами Matiegka J. [172]:

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

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

Середня ТШЖС обчислювалася за нижче наведеними формулами:

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

де G1 G7 – ТШЖС на плечі (спереду і позаду), передпліччя, спині, животі, стегні, гомілці та під лопаткою (мм).

За наступною формулою визначали абсолютну кількість м'язової тканини:

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

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

Середню величину радіусів вираховували по формулі:

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

де C1 – окружність плеча (см); C2 – окружність передпліччя у верхній треті (см); C3 – окружність гомілки у верхній треті (см); C4 – окружність стегна (см); d1 – товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (мм); d2 – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (мм); d3 – товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні передпліччя (мм); d6 – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм); d7 – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм).

За наступною формулою визначали абсолютну кількість кісткової тканини:

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

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

2.2.2. Вивчення особливостей особистості.

Вивчення індивідуально-особистісних властивостей організму проводили за допомогою особистісних опитувальників [2, 8, 12, 21].

Методика Eysenck G. призначена для оцінки провідних типологічних характеристик темпераменту і включала визначення (бал.): симптомокомплексу екстраверсії-інтроверсії (AZ_E), нейротизму (AZ_N) та показника за шкалою нещирості (AZ_L). Екстра- та інтроверсія пов'язані з вираженістю процесів збудження й гальмування в корі головного мозку. Екстраверт впевнений у собі, гарячкуватий, імпульсивний, ризикує, діє під впливом моменту, безтурботний, оптимістичний, любить спілкуватись, важко контролює свої емоції та почуття. Інтроверт – стриманий, спокійний й віддалений від усіх, крім найближчого оточення. Він контролює свої почуття, рідко буває агресивним, любить порядок та серйозно приймає рішення. Нейротизм означає емоційну збудженість, схильність до психопатології в емоційній сфері. Особи з вираженим нейротизмом емоційно нестійкі і їм притаманна переважно невольова, а емоційна регуляція.

Обробку опитувальника проводили за допомогою ключа й починали зі «шкали щирості». Якщо в обстежуваного за даною шкалою було 5 балів або більше, результати його відповідей не використовувались, а йшов пошук причин невідвертих відповідей. Якщо у відповідях отримано 4 бали, то це говорило також про деяку демонстративність поведінки та орієнтованість випробуваного на соціальне схвалення, менше 4 балів означало норму. Потім підраховувались бали за шкалою екстраверсія-інтроверсія і фактор нейротизму.

Вираженість фактора екстраверсія-інтроверсія в балах оцінювалась за шкалою екстраверсія-інтроверсія: глибока інтроверсія (понадінтроверт) – 0-2 балів, інтроверсія (інтроверт) – 3-6 балів, потенційна інтровертованість (потенційний інтроверт) – 7-10 балів, амбіверсія (амбіверт) – 11-14 балів, потенційна екстравертованість (потенційний екстраверт) – 15-18 балів, екстраверсія (екстраверт) – 19-22 балів, глибока, яскраво виражена екстраверсія (понадекстраверт) – 23-24 балів).

Фактор нейротизму в балах визначався наступним чином: надто низький рівень (понадконкордант) – 0-2 балів, низький рівень (конкордант) – 3-6 балів, потенційно низький рівень (потенційний конкордант) – 7-10 балів, середній рівень (нормостенік) – 11-14 балів, потенційно високий рівень (потенційний дискордант) – 15-18 балів, високий рівень (дискордант) – 19-22 балів, надто високий рівень (понаддискордант) – 23-24 балів.

Визначення психодинамічних особливостей особистості за Spielberger С. D. в модифікації Ханіна Ю. Л. включало визначення (бал.): показника ситуативної (реактивної) тривожності (SP_ST) та показника особистісної тривожності (SP_LT). Зазначена методика дозволяє диференційовано визначати тривожність як особистісну властивість та як стан, що має зв'язок з поточною ситуацією і подіями. Рівень тривожності менше 30 балів – оцінювався як низький, 31-44 балів – помірний, більше 45 балів – високий.

Оцінка вираженості та особливості акцентуйованих рис особистості за Shmishkek G. В основі тесту-опитувальника покладено концепцію акцентуйованих особистостей К. Леонгарда, згідно з якою акцентуаціями вважаються «загострення» деяких, властивих кожній людині індивідуальних особливостей. За допомогою даної методики визначаються 10 типів акцентуації характеру: екзальтований, емотивний, циклотимний, гіпертимний, демонстративний, збудливий, застрягаючий, педантичний, дистимний та тривожний. Значення показника менше 12 балів означає відсутність акцентуації характеру за певним типом; від 13-18 балів – схильність до розвитку акцентуації характеру; 19-24 балів – наявність певної акцентуації характеру.

Оцінку показників рівня суб'єктивного контролю на основі шкали Дж. Рот-

тера в НІІ ім. Бехтерева і опублікованим Бажиним Є. Ф. із співавт. [2]. Зазначений особистісний опитувальник призначений для діагностики інтернальності – екстернальності. Інтернал вважає, що події, які відбуваються з ним залежать насамперед від його особистісних якостей (цілеспрямованості, компетентності, рівня здібностей тощо) і є закономірними наслідками саме його діяльності. Екстернал переконаний, що його успіхи та невдачі залежать більше від зовнішніх обставин – дій інших людей, умов навколишнього середовища, випадковостей, везіння або невезіння. Індивід займає певну позицію на континуумі, що задається цими полярними локусами контролю. USK_1 – показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером; USK_2 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером; USK_3 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером; USK_4 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером; USK_5 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером; USK_6 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером; USK_7 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером. Значення результату більше 5,5 стенів оцінювалось як інтернальний тип контролю, а результат менше 5,5 стенів – як екстернальний тип реагування.

2.2.3. Статистичного аналізу.

Статистична обробка проведена в ліцензійному пакеті «Statistica 5.5» із використанням непараметричних методів оцінки. Проведено оцінку характеру розподілів для кожного з варіаційних рядів, визначені середні значення для кожної ознаки та стандартне квадратичне відхилення. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними показниками визначено за допомогою U-критерія Манна-Уїтні, а між незалежними якісними показниками – за формулою Weber E.:

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

де, P_1 і P_2 – відсотки, з якими зустрічався той або інший показник; N_1 і N_2 – кількість показників в групах, що досліджувались.

Побудова моделей можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу в залежності від антропо-соматотипологічних показників проведена за допомогою дискримінантного аналізу [1].

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ І СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЛЕГКОГО ТА ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ

3.1. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками без урахування соматотипу

3.1.1. Тотальні та парціальні розміри тіла.

Встановлено, що *маса тіла* достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($92,23 \pm 16,37$ кг) і важким ($89,27 \pm 15,56$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($73,68 \pm 10,40$ кг) (рис. 3.1, табл. В.1).

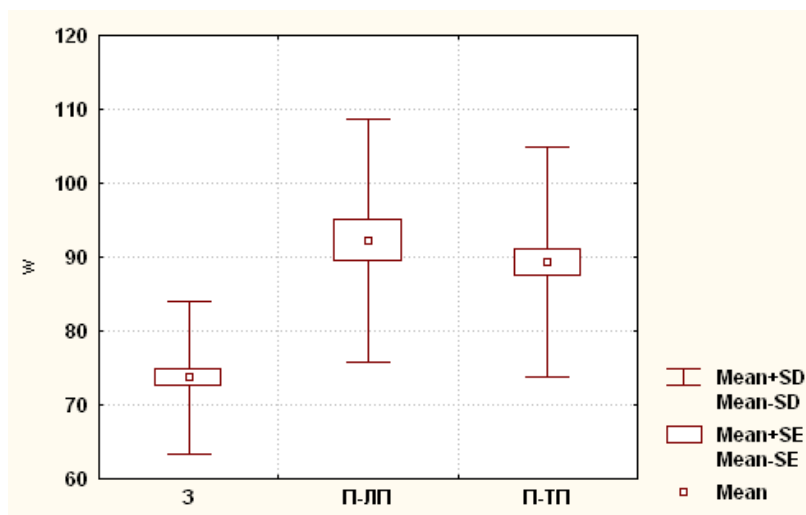


Рис. 3.1. Маса тіла (W) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (кг). На даному та в подібних рисунках розділу: З – здорові чоловіки; П-ЛП – хворі на псоріаз легкого перебігу чоловіки; П-ТП – хворі на псоріаз важкого перебігу чоловіки; Mean – середнє значення; Mean ± SE – середнє значення ± помилка середньої; Mean ± SD – середнє значення ± стандартне відхилення.

Довжина тіла достовірно ($p < 0,05-0,01$) більша у чоловіків з легким ($180,0 \pm 5,2$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($177,2 \pm 6,5$ см) і чоловіками із важким перебігом дерматозу ($177,2 \pm 5,8$ см) (рис. 3.2, див. табл. В.1).

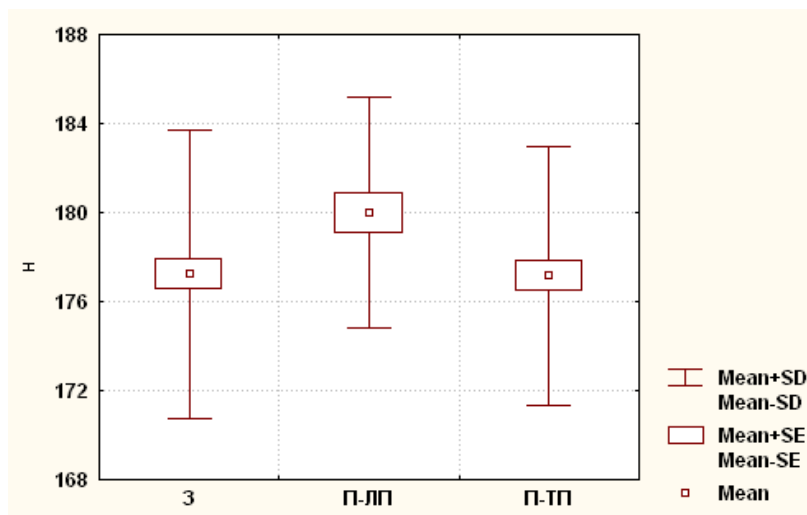


Рис. 3.2. Довжина тіла (H) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Площа поверхні тіла достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($2,115 \pm 0,179$ м²) і важким ($2,063 \pm 0,177$ м²) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($1,903 \pm 0,148$ м²) (рис. 3.3, див. табл. В.1).

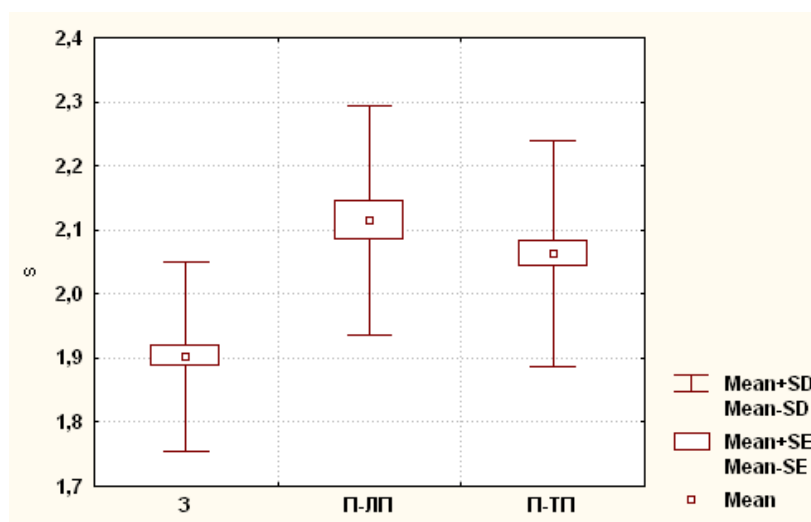


Рис. 3.3. Площа поверхні тіла (S) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (м²).

Висота надгрудниної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків з легким ($148,2 \pm 4,9$ см) і важким ($146,0 \pm 5,2$ см) перебігом

псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($143,8 \pm 6,1$ см). Зазначений розмір достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків з легким перебігом захворювання ($148,2 \pm 4,9$ см) порівняно із чоловіками з важким перебігом псоріазу ($146,0 \pm 5,2$ см) (рис. 3.4, див. табл. В.1).

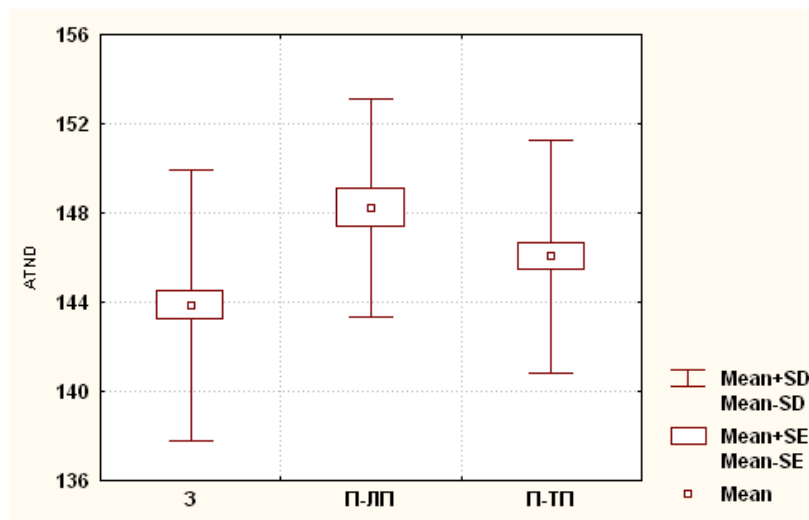


Рис. 3.4. Висота надгруднинної антропометричної точки (ATND) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Висота лобкової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків з легким ($87,79 \pm 3,73$ см) і важким ($85,95 \pm 5,34$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($90,57 \pm 5,04$ см). Зазначений розмір має тенденцію ($p = 0,091$) до більших значень у чоловіків з легким перебігом захворювання ($87,79 \pm 3,73$ см) порівняно із чоловіками з важким перебігом псоріазу ($85,95 \pm 5,34$ см) (рис. 3.5, див. табл. В.1).

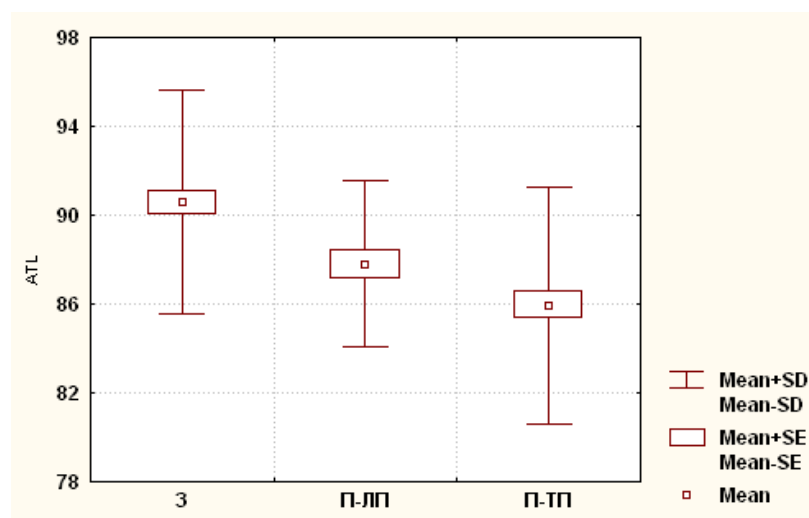


Рис. 3.5. Висота лобкової антропометричної точки (ATL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Висота акроміальної антропометричної точки достовірно ($p < 0,01$) більша у чоловіків з легким перебігом хвороби ($150,3 \pm 5,1$ см) і має тенденцію ($p = 0,099$) до більших значень у чоловіків важким перебігом псоріазу ($148,2 \pm 5,1$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($146,9 \pm 7,1$ см) (рис. 3.6, див. табл. В.1).

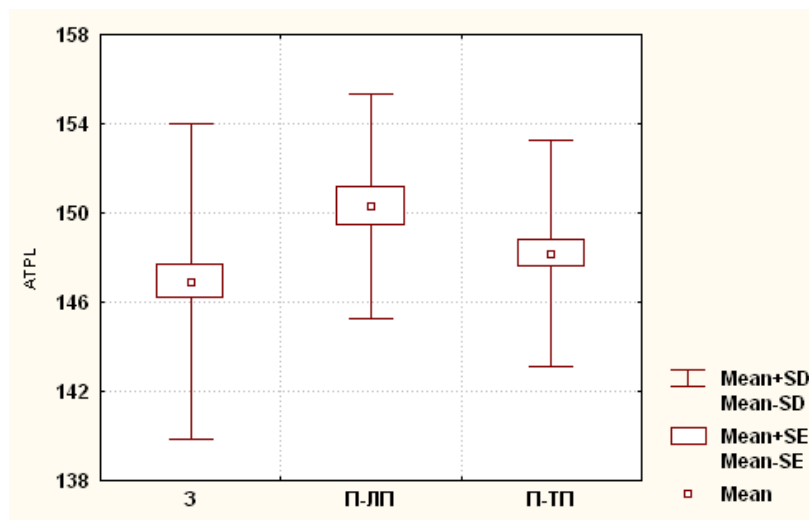


Рис. 3.6. Висота акроміальної антропометричної точки (ATPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Висота пальцевої антропометричної точки достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($70,11 \pm 3,04$ см) і важким перебігом захворювання ($68,89 \pm 3,35$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($65,85 \pm 4,95$ см) (рис. 3.7, див. табл. В.1).

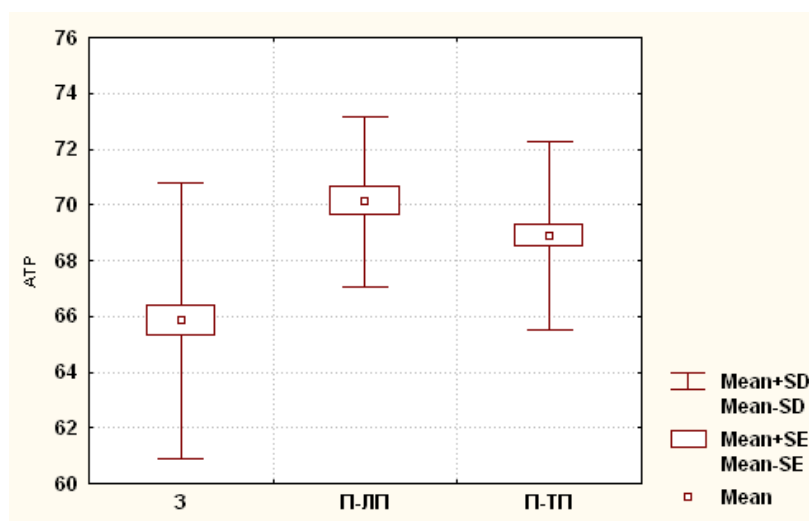


Рис. 3.7. Висота пальцевої антропометричної точки (ATP) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Висота вертлюгової антропометричної точки достовірно ($p < 0,001$ в обох

випадках) менша у чоловіків з легким ($86,91 \pm 10,73$ см) і важким перебігом захворювання ($87,86 \pm 5,87$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($94,04 \pm 5,40$ см) (рис. 3.8, див. табл. В.1).

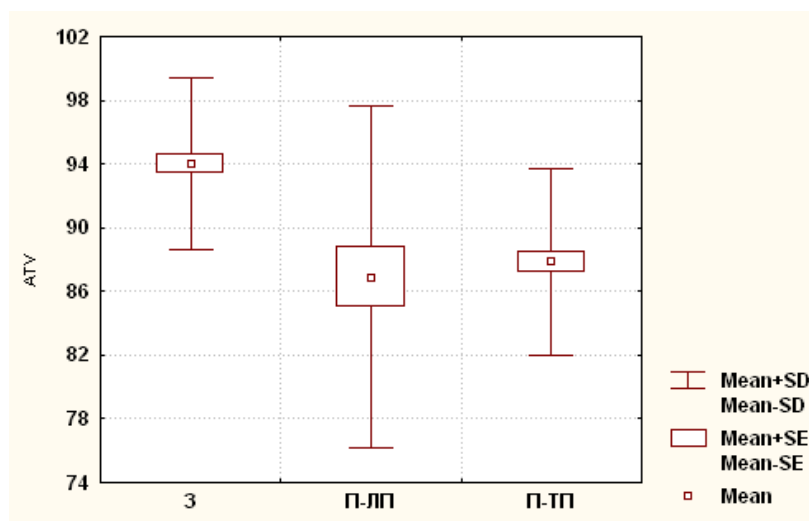


Рис. 3.8. Висота вертлюгової антропометричної точки (АТV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Ширина дистального епіфіза плеча достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($7,413 \pm 0,541$ см) і важким перебігом захворювання ($7,319 \pm 0,511$ см) порівняно із здоровими чоловіками ($6,899 \pm 0,438$ см) (рис. 3.9, табл. В.2).

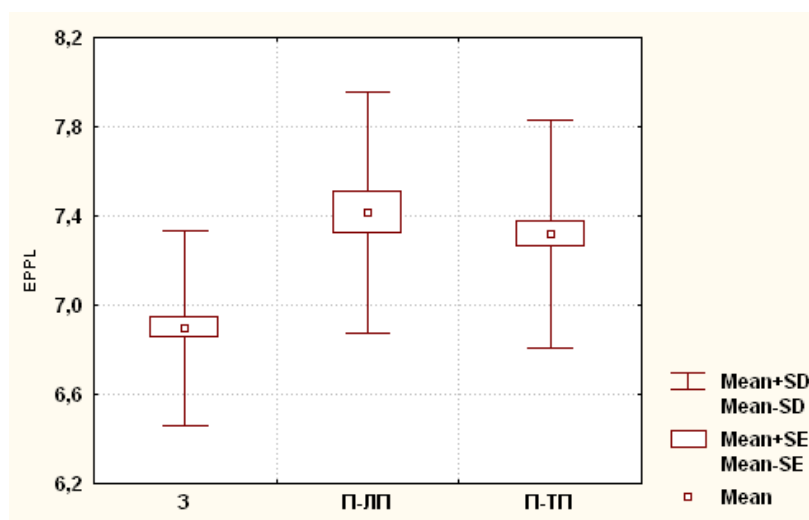


Рис. 3.9. Ширина дистального епіфіза плеча (EPPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Ширина дистального епіфіза передпліччя достовірно ($p < 0,01$) більша у чоловіків з легким ($5,916 \pm 0,271$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чо-

ловіками ($5,724 \pm 0,327$ см) і та має тенденцію до більших значень ($p=0,058$) порівняно із чоловіками із важким перебігом дерматозу ($5,782 \pm 0,360$ см) (рис. 3.10, див. табл. В.2).

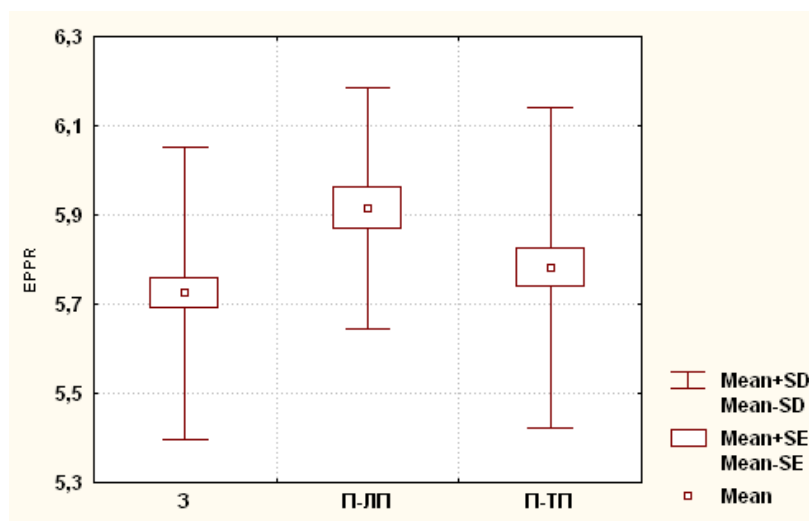


Рис. 3.10. Ширина дистального епіфіза передпліччя (EPPR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Ширина дистального епіфіза стегна достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($9,941 \pm 0,667$ см) і важким ($9,594 \pm 0,842$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($8,917 \pm 0,437$ см). Зазначений розмір достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків з легким перебігом захворювання ($9,941 \pm 0,667$ см) порівняно із чоловіками з важким перебігом псоріазу ($9,594 \pm 0,842$ см) (рис. 3.11, див. табл. В.2).

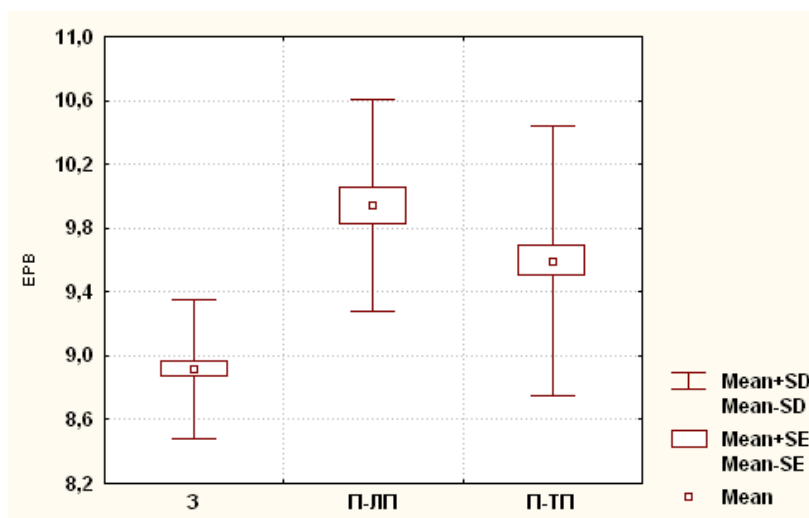


Рис. 3.11. Ширина дистального епіфіза стегна (EPB) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Ширина дистального епіфіза гомілки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків з легким ($6,916 \pm 0,585$ см) і важким ($6,947 \pm 0,501$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($7,277 \pm 0,469$ см) (рис. 3.12, див. табл. В.2).

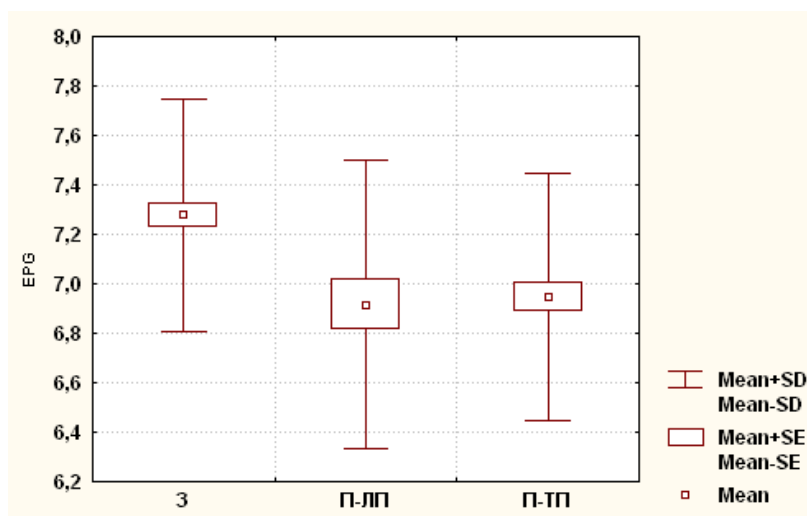


Рис. 3.12. Ширина дистального епіфіза гомілки (EPG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват плеча у напруженому стані достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($36,47 \pm 2,54$ см) і важким ($35,67 \pm 3,34$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($33,23 \pm 2,84$ см) (рис. 3.13, див. табл. В.3).

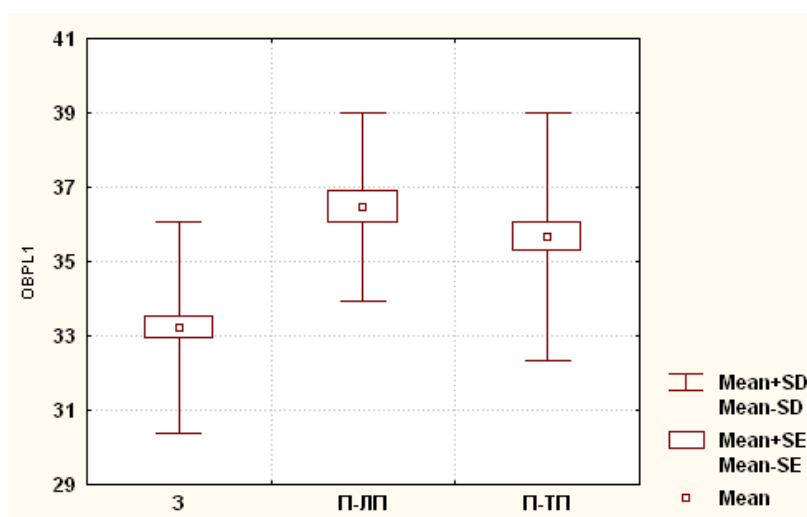


Рис. 3.13. Обхват плеча у напруженому стані (OBPL1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват плеча у ненапруженому стані достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($35,17 \pm 2,47$ см) і важким ($34,41 \pm 3,19$ см) пере-

бігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($30,17 \pm 2,94$ см) (рис. 3.14, див. табл. В.3).

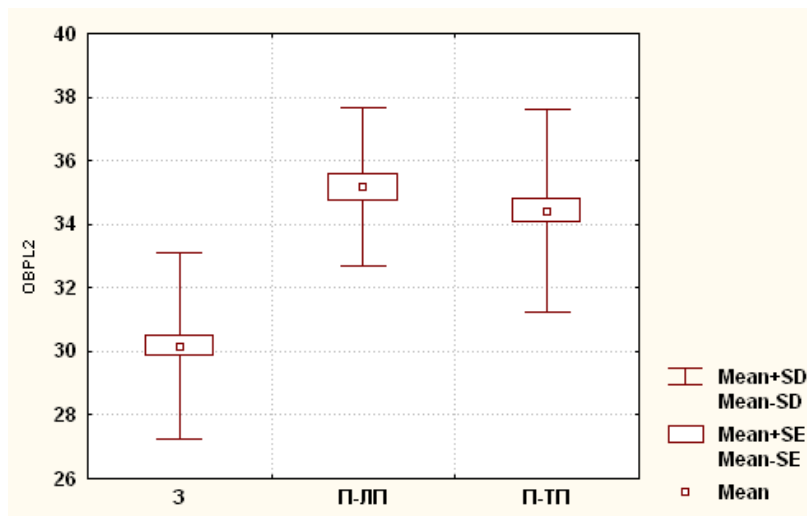


Рис. 3.14. Обхват плеча у ненапруженому стані (OBPL2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват передпліччя у верхній частині достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($29,72 \pm 1,84$ см) і важким ($29,41 \pm 2,26$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($27,33 \pm 2,01$ см) (рис. 3.15, див. табл. В.3).

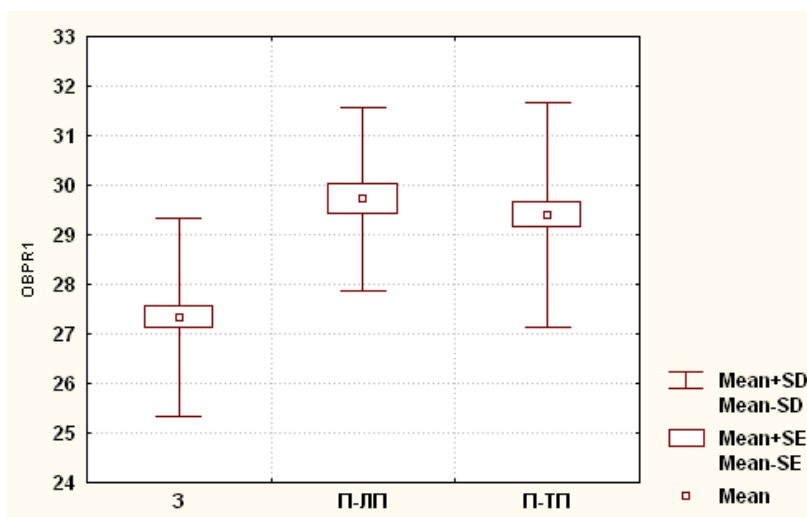


Рис. 3.15. Обхват передпліччя у верхній частині (OBPR1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват передпліччя у нижній частині достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків з легким ($18,20 \pm 0,98$ см) і важким ($18,27 \pm 1,10$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($17,44 \pm 1,24$ см) (рис. 3.16, див. табл. В.3).

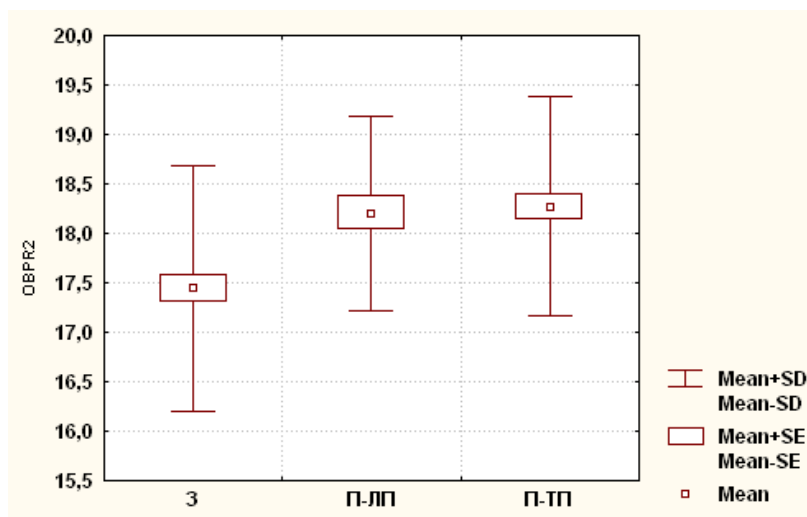


Рис. 3.16. Обхват передпліччя у нижній частині (OBPR2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват кисті достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($22,55 \pm 1,28$ см) і важким ($22,70 \pm 1,09$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($21,39 \pm 1,22$ см) (рис. 3.17, див. табл. В.3).

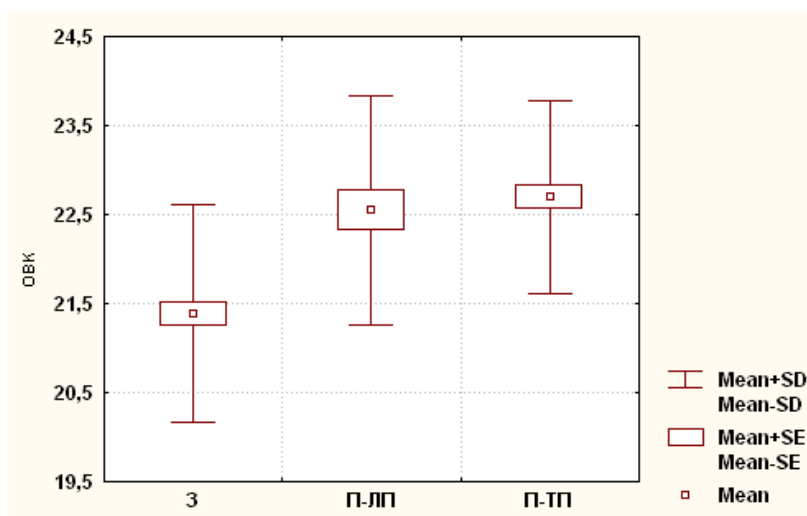


Рис. 3.17. Обхват кисті (OBK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват стегна достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($60,08 \pm 4,45$ см) і важким ($58,70 \pm 6,09$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($53,25 \pm 4,49$ см) (рис. 3.18, див. табл. В.3).

Обхват стегон достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($104,1 \pm 7,1$ см) і важким ($101,6 \pm 9,2$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($95,04 \pm 6,39$ см) (рис. 3.19, див. табл. В.3).

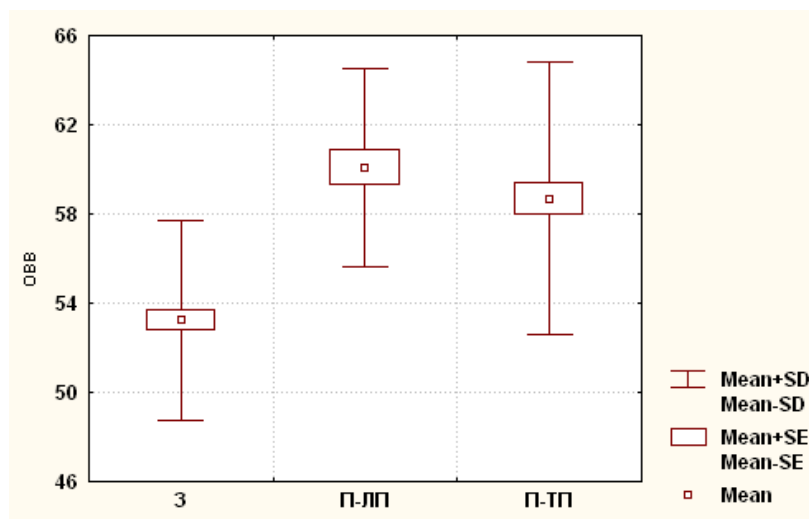


Рис. 3.18. Обхват стегна (OBV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

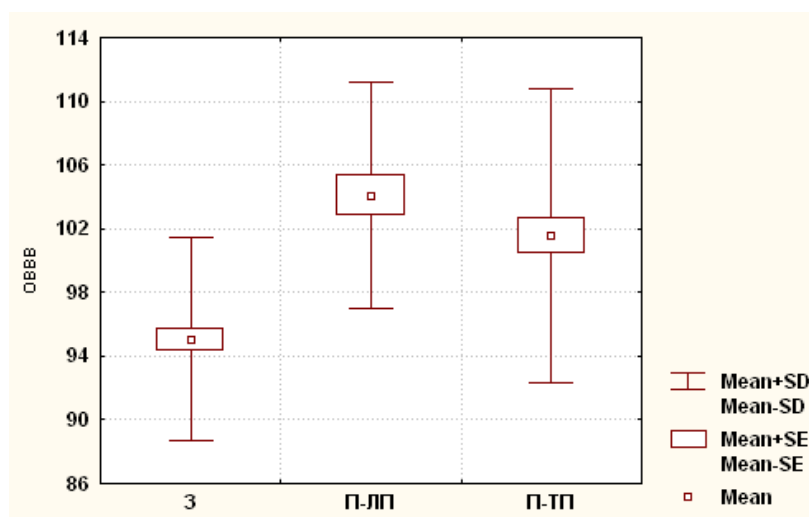


Рис. 3.19. Обхват стегон (OBVV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват голілки у верхній частині достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($40,56 \pm 2,47$ см) і важким ($39,55 \pm 3,05$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($36,43 \pm 2,91$ см) (рис. 3.20, див. табл. В.3).

Обхват голілки у нижній частині достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($25,64 \pm 1,71$ см) і важким ($24,88 \pm 1,65$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($23,41 \pm 1,87$ см). Зазначений розмір достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків з легким перебігом захворювання ($25,64 \pm 1,71$ см) порівняно із чоловіками з важким перебігом псоріазу ($24,88 \pm 1,65$ см)

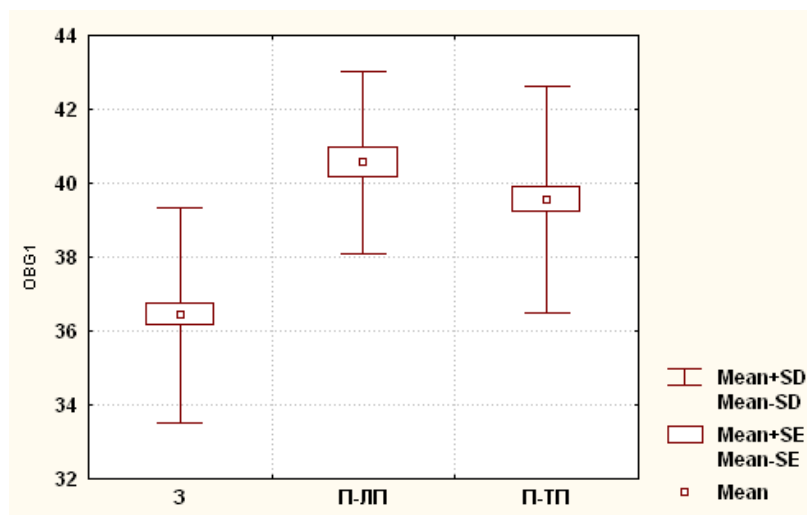


Рис. 3.20. Обхват гомілки у верхній частині (OBG1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

(рис. 3.21, див. табл. В.3).

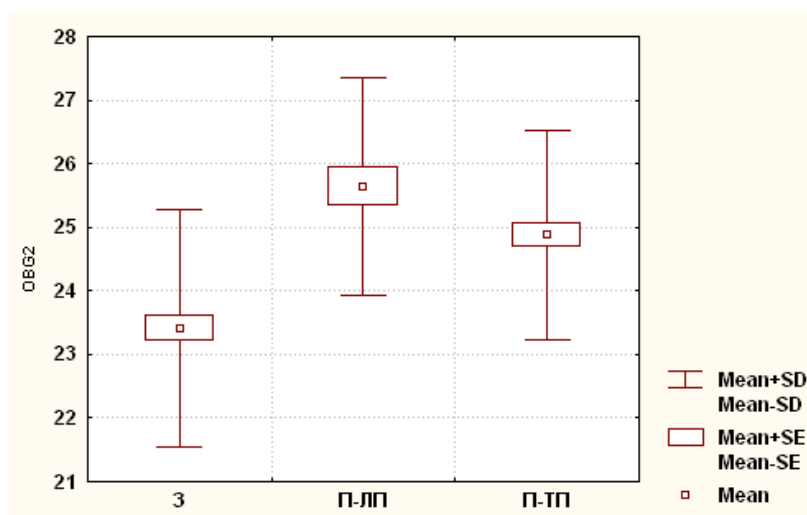


Рис. 3.21. Обхват гомілки у нижній частині (OBG2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Для обхвату стопи не встановлено достовірних відмінностей та тенденцій відмінностей при порівнянні між у здоровими і хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (рис. 3.22, див. табл. В.3)

Обхват шиї достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($40,48 \pm 2,80$ см) і важким ($40,85 \pm 2,38$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($37,67 \pm 1,92$ см) (рис. 3.23, див. табл. В.3).

Обхват талії достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($95,83 \pm 17,27$ см) і важким ($97,18 \pm 13,31$ см) перебігом псоріазу порівняно

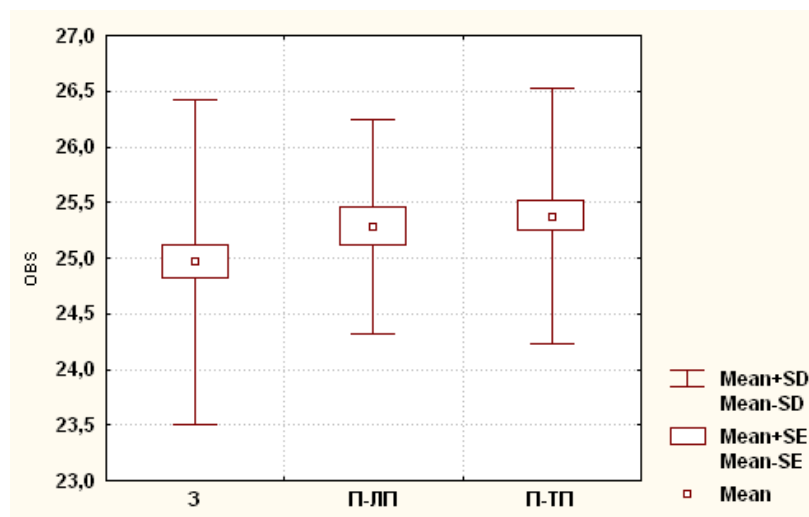


Рис. 3.22. Обхват стопи (OBS) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

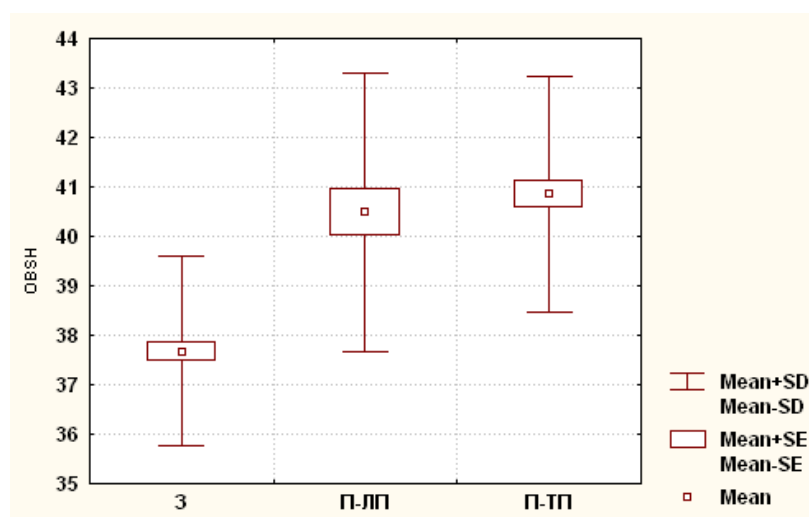


Рис. 3.23. Обхват шії (OBSH) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

із здоровими чоловіками ($79,48 \pm 7,32$ см) (рис. 3.24, див. табл. В.3).

Обхват грудної клітки на вдиху достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($108,4 \pm 9,4$ см) і важким ($107,8 \pm 9,4$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($100,0 \pm 6,0$ см) (рис. 3.25, див. табл. В.3).

Обхват грудної клітки на видиху достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($104,2 \pm 9,7$ см) і важким ($103,9 \pm 9,8$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($93,18 \pm 6,39$ см) (рис. 3.26, див. табл. В.3).

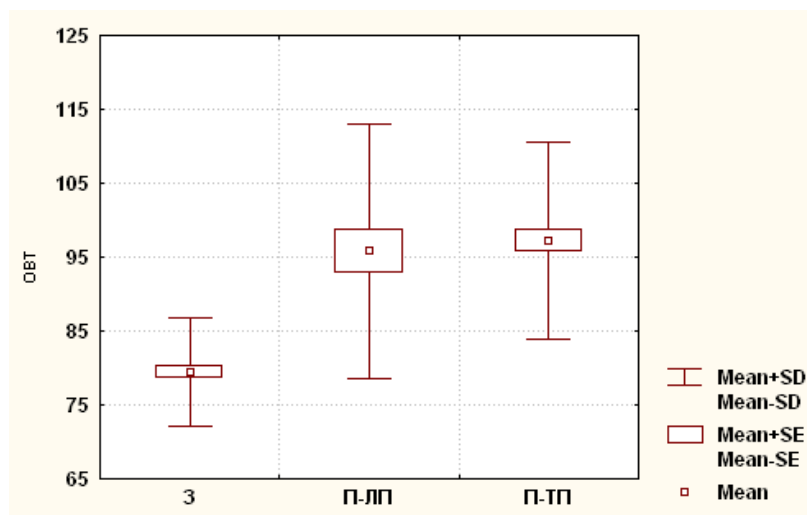


Рис. 3.24. Обхват талії (OBT) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

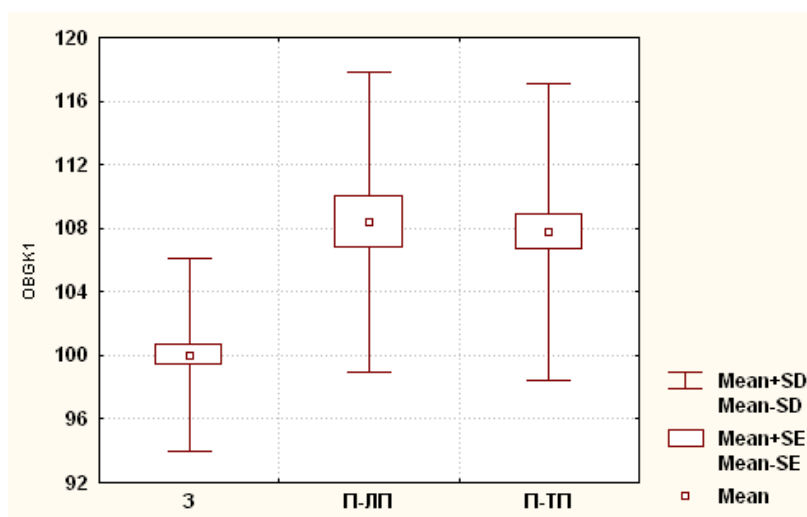


Рис. 3.25. Обхват грудної клітки на вдиху (OBGK1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

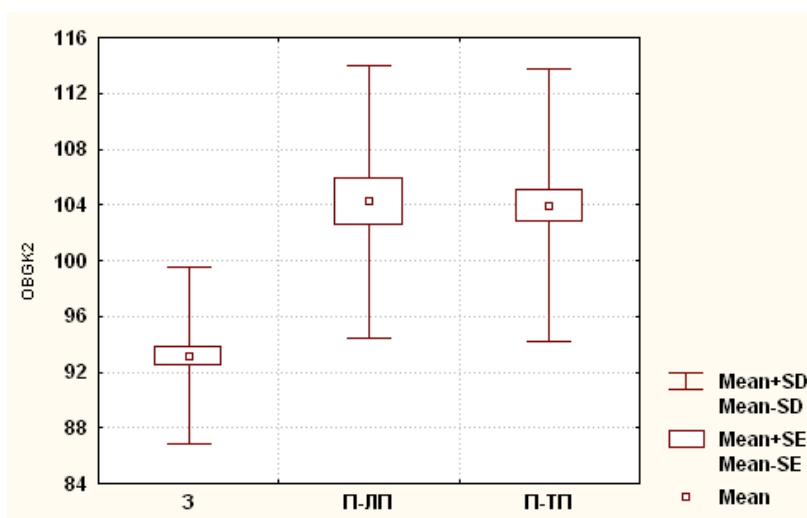


Рис. 3.26. Обхват грудної клітки на видиху (OBGK2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($105,8 \pm 9,9$ см) і важким ($105,3 \pm 9,8$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($95,20 \pm 6,57$ см) (рис. 3.27, див. табл. В.3).

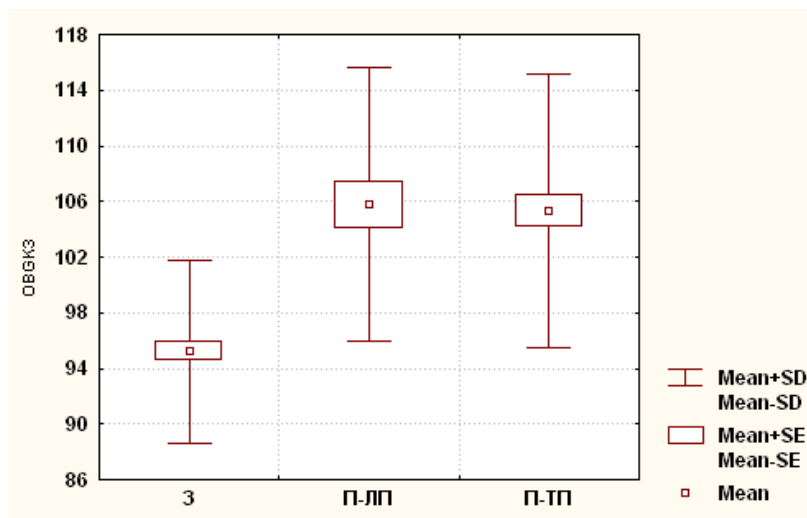


Рис. 3.27. Обхват грудної клітки у спокійному стані (OBGK3) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Поперечний середньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($33,97 \pm 2,97$ см) і важким ($33,88 \pm 3,46$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($28,35 \pm 2,19$ см) (рис. 3.28, див. табл. В.4).

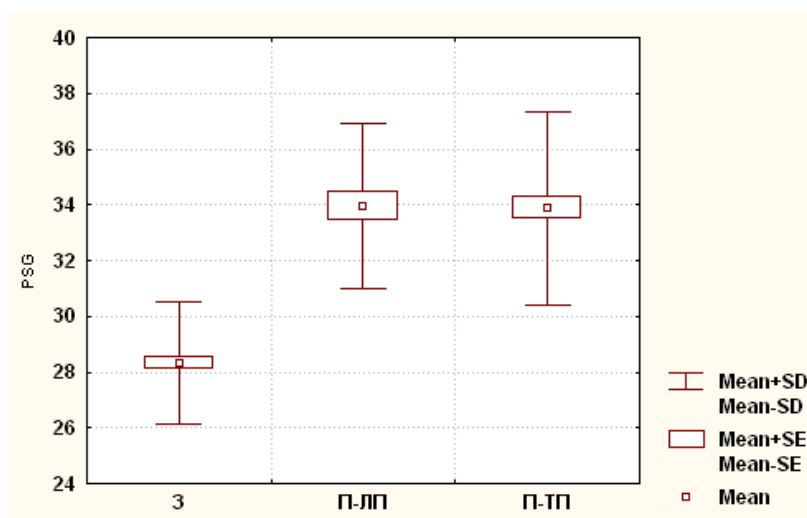


Рис. 3.28. Поперечний середньогрудний діаметр (PSG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Поперечний нижньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках)

більший у чоловіків з легким ($30,31 \pm 2,81$ см) і важким ($30,00 \pm 3,18$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($25,30 \pm 2,26$ см) (рис. 3.29, див. табл. В.4).

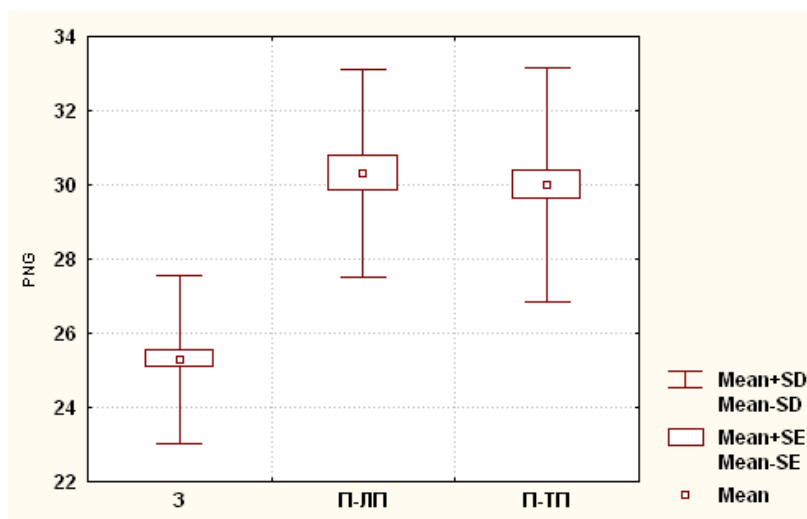


Рис. 3.29. Поперечний нижньогрудний діаметр (PNG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Передньо-задній середньогруднинний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків з легким ($24,22 \pm 3,29$ см) і важким ($24,96 \pm 3,18$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($19,93 \pm 2,12$ см) (рис. 3.30, див. табл. В.4).

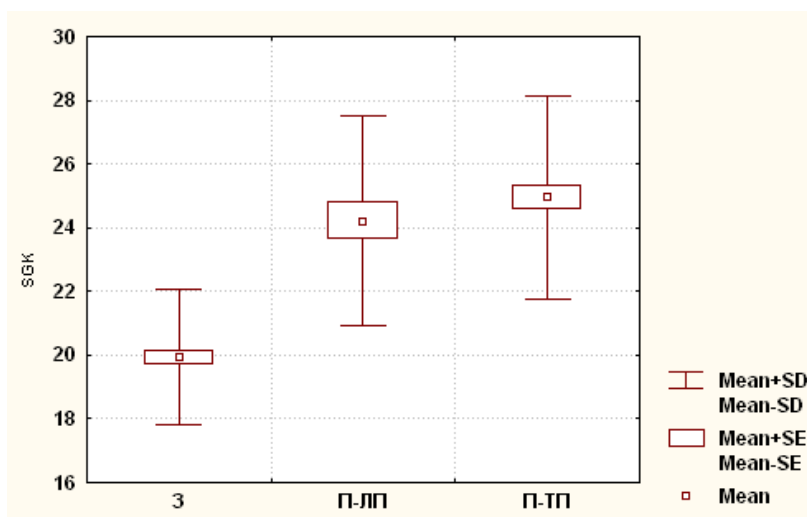


Рис. 3.30. Передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Ширина плечей достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($35,13 \pm 2,65$ см) і важким ($35,32 \pm 2,62$ см) перебігом псоріазу порівняно із

здоровими чоловіками ($42,02 \pm 2,64$ см) (рис. 3.31, див. табл. В.4).

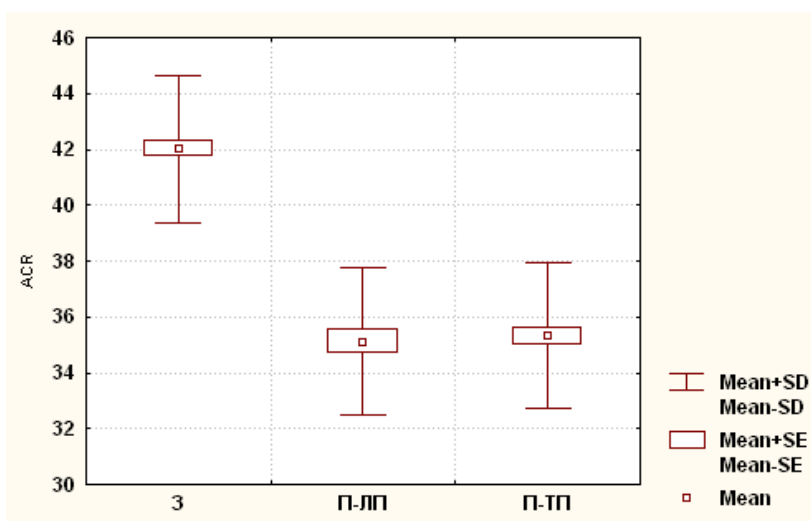


Рис. 3.31. Ширина плечей (ACR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Міжостьова відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($30,00 \pm 2,48$ см) і важким ($29,94 \pm 2,14$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($26,33 \pm 1,98$ см) (рис. 3.32, див. табл. В.4).

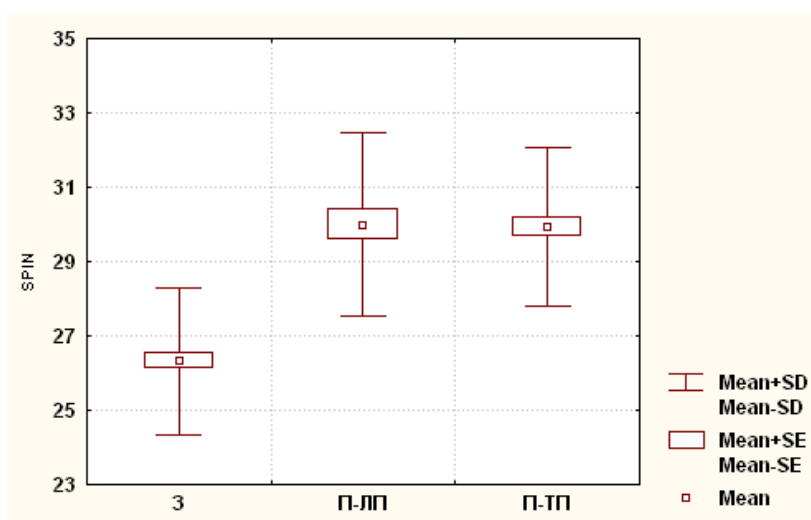


Рис. 3.32. Міжостьова відстань (SPIN) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

Міжгребенева відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($33,91 \pm 2,35$ см) і важким ($33,28 \pm 2,04$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($29,38 \pm 2,02$ см) (рис. 3.33, див. табл. В.4).

Міжвертлюгова відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($37,16 \pm 2,14$ см) і важким ($36,78 \pm 1,93$ см) перебігом псоріазу

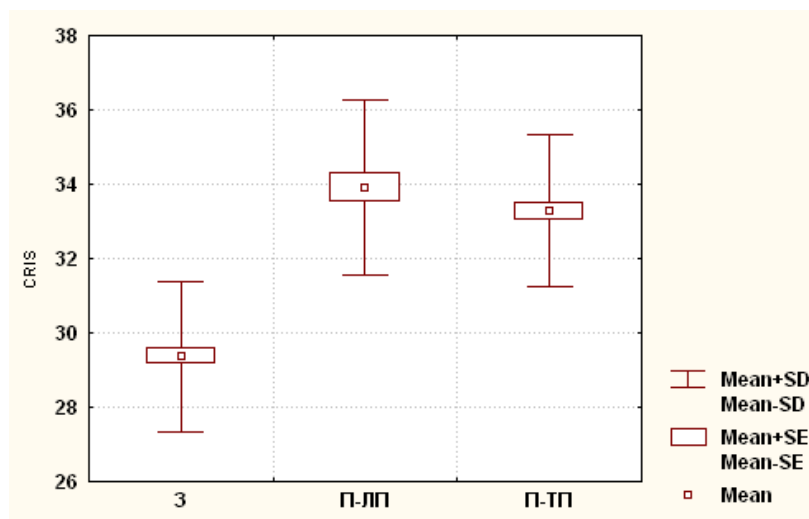


Рис. 3.33. Міжгребенева відстань (CRIS) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

порівняно із здоровими чоловіками ($32,96 \pm 2,10$ см) (рис. 3.34, див. табл. В.4).

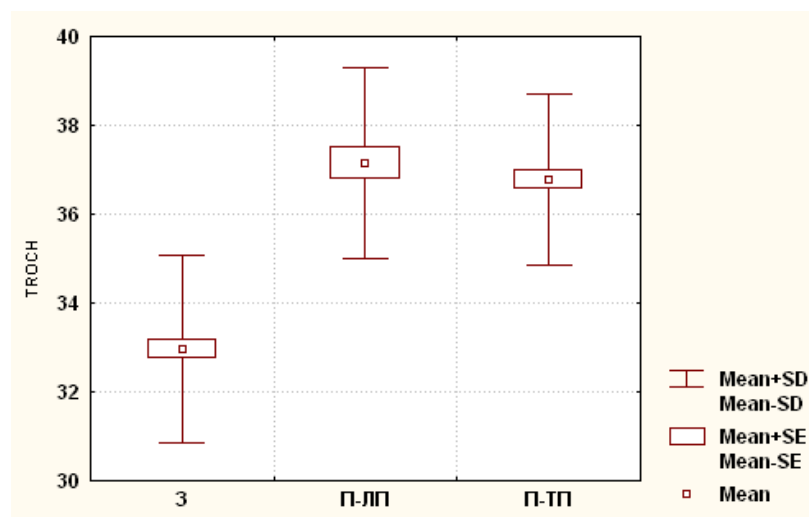


Рис. 3.34. Міжвертлюгова відстань (TROCH) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (см).

3.1.2. Товщина шкірно-жирових складок.

Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($4,938 \pm 1,933$ мм) і важким ($5,059 \pm 1,819$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($7,848 \pm 2,914$ мм) (рис. 3.35, див. табл. В.5).

Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($3,875 \pm 1,792$ мм) і важким ($3,868 \pm 1,656$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($5,592 \pm$

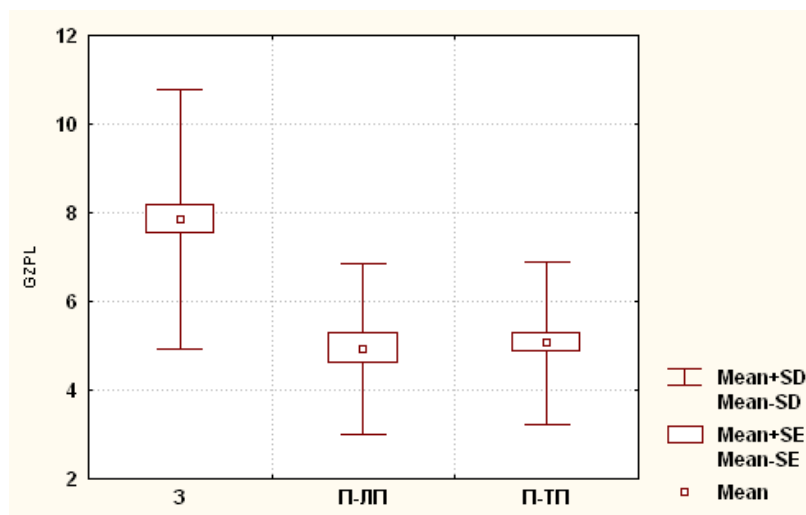


Рис. 3.35. Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (GZPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

2,132 мм) (рис. 3.36, див. табл. В.5).

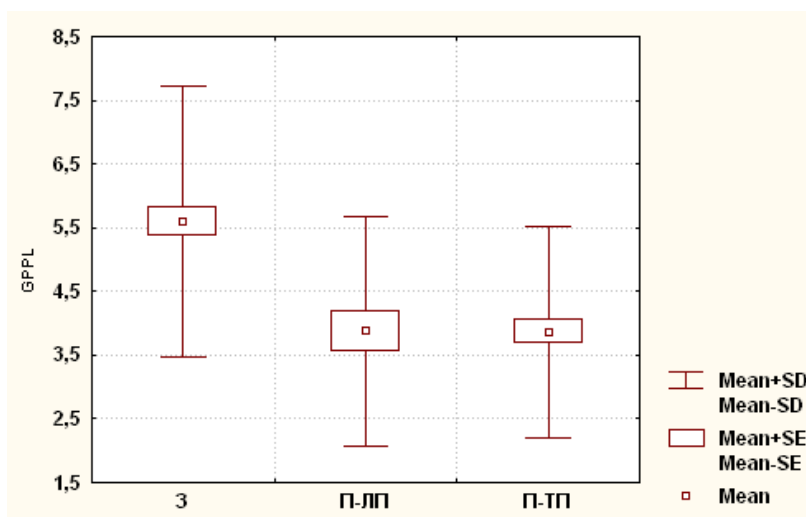


Рис. 3.36. Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (GPPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

Для товщини шкірно-жирової складки на передпліччі не встановлено достовірних відмінностей та тенденцій відмінностей при порівнянні між у здоровими і хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (рис. 3.37, див. табл. В.5).

Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($17,31 \pm 7,44$ мм) і важким ($16,12 \pm 6,63$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($13,53 \pm$

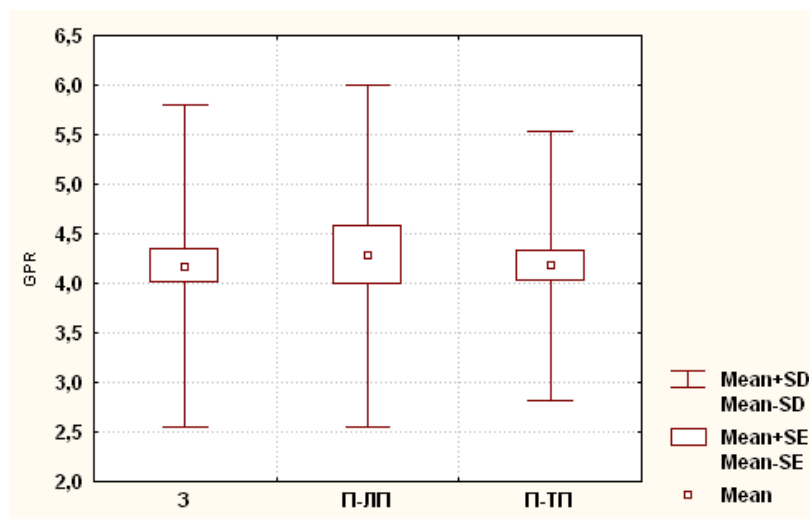


Рис. 3.37. Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (GPR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

3,92 мм) (рис. 3.38, див. табл. В.5).

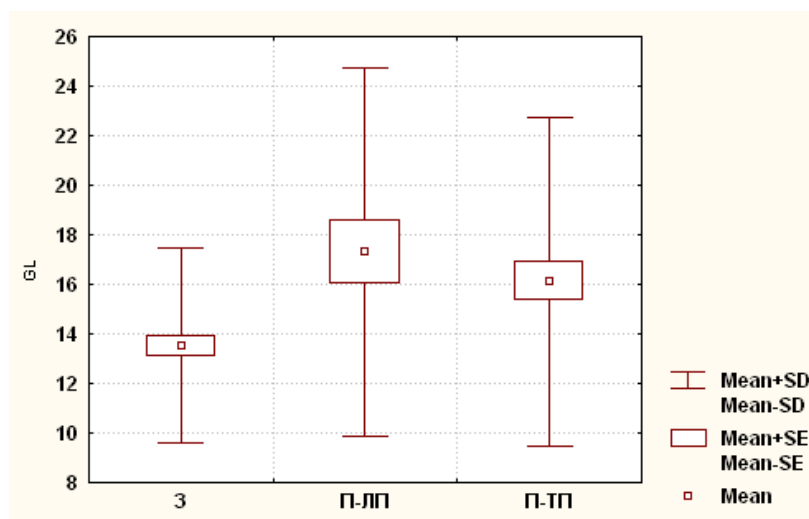


Рис. 3.38. Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (GL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на грудях достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($3,938 \pm 1,501$ мм) і важким ($4,059 \pm 1,761$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($4,924 \pm 1,729$ мм) (рис. 3.39, див. табл. В.5).

Товщина шкірно-жирової складки на животі достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($17,97 \pm 8,68$ мм) і важким ($17,63 \pm 7,79$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($12,33 \pm 4,79$ мм) (рис. 3.40, див. табл. В.5).

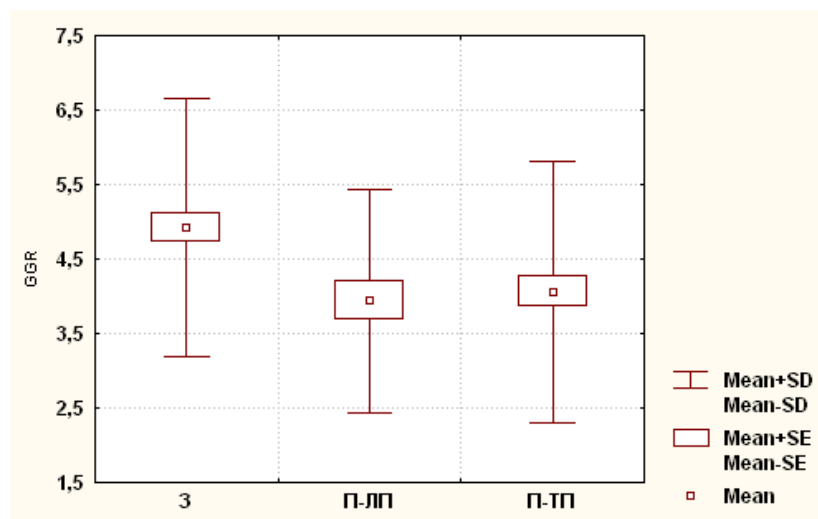


Рис. 3.39. Товщина шкірно-жирової складки на грудях (GGR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

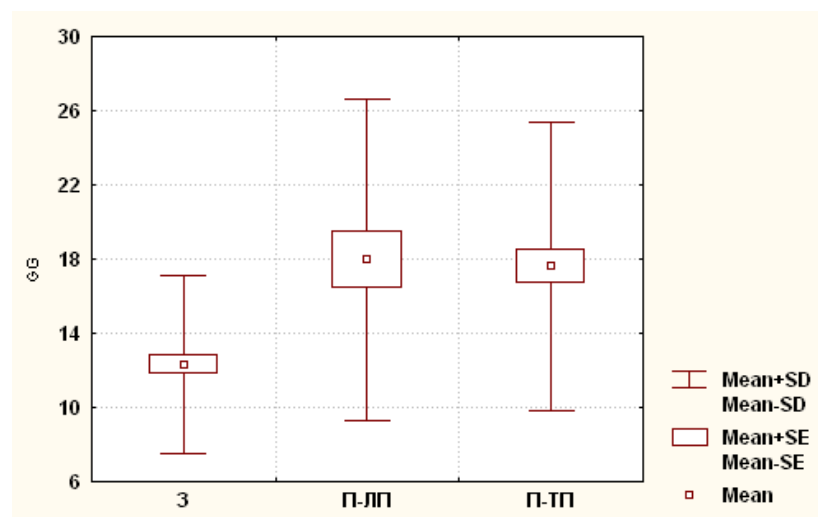


Рис. 3.40. Товщина шкірно-жирової складки на животі (GG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на боці достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($20,28 \pm 7,87$ мм) і важким ($18,47 \pm 7,17$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($10,75 \pm 4,41$ мм) (рис. 3.41, див. табл. В.5).

Товщина шкірно-жирової складки на стегні достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($8,906 \pm 3,439$ мм) і важким ($8,868 \pm 3,425$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($12,80 \pm 3,85$ мм) (рис. 3.42, див. табл. В.5).

Для товщини шкірно-жирової складки на гомілці не встановлено достовір-

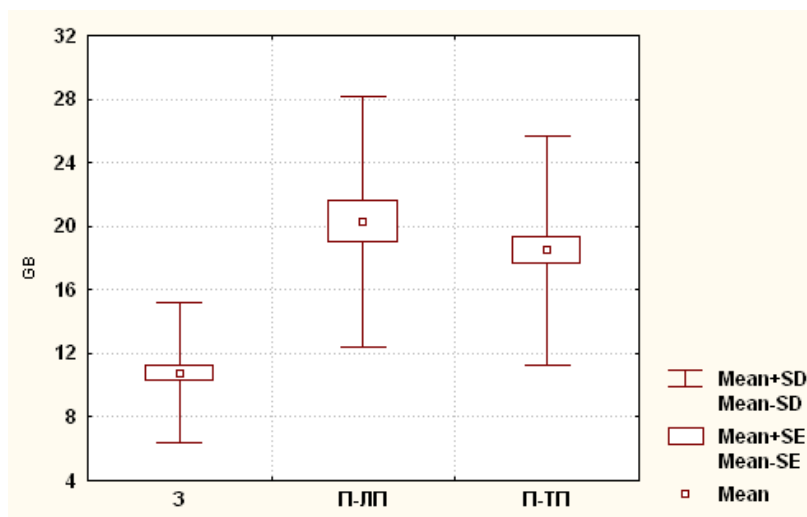


Рис. 3.41. Товщина шкірно-жирової складки на боці (GB) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

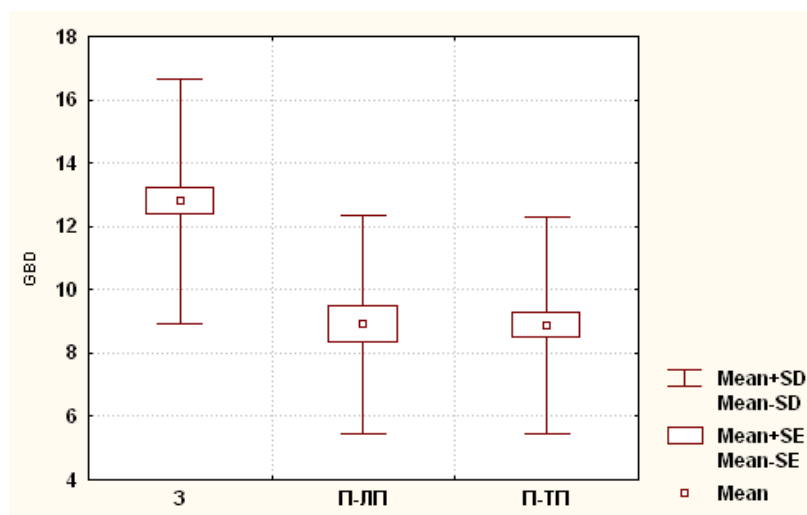


Рис. 3.42. Товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

них відмінностей та тенденцій відмінностей при порівнянні між у здоровими і хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (рис. 3.43, див. табл. В.5).

3.1.3. Компоненти соматотипу та показники компонентного складу маси тіла.

Величина ендоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($4,278 \pm 1,350$ бал) і важким ($3,953 \pm 1,321$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($3,230 \pm 1,046$ бал) (рис. 3.44, див. табл. В.6).

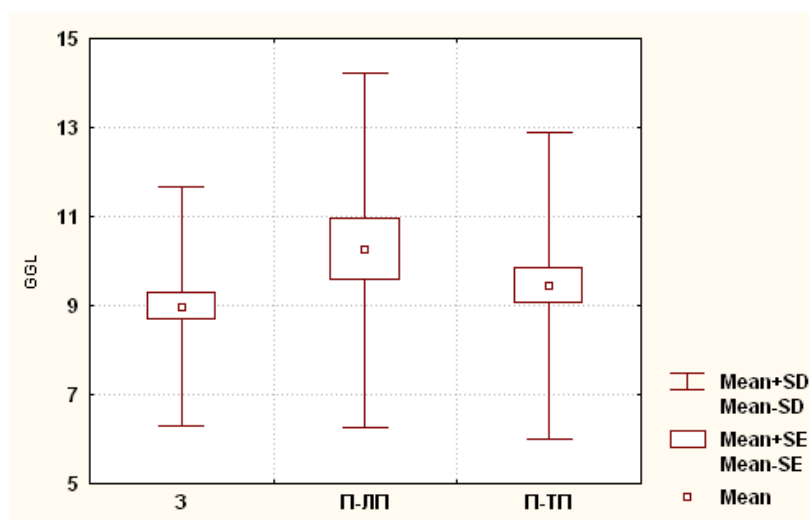


Рис. 3.43. Товщина шкірно-жирової складки на гомілці (GGL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (мм).

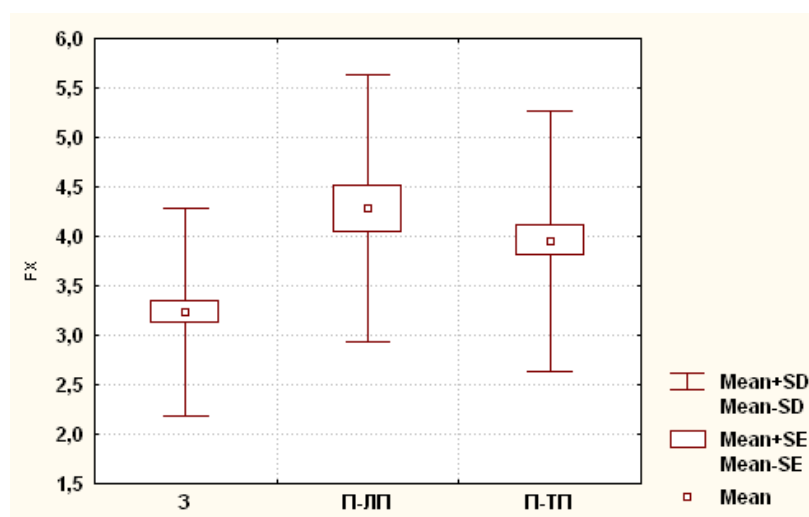


Рис. 3.44. Величина ендоморфного компонента соматотипу (FX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал).

Величина мезоморфного компонента соматотипу достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків з легким ($6,638 \pm 1,261$ бал) і важким ($6,413 \pm 1,763$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($4,689 \pm 1,332$ бал) (рис. 3.45, див. табл. В.6).

Величина екторморфного компонента соматотипу достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків з легким ($1,114 \pm 1,003$ бал) і важким ($1,073 \pm 1,041$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($2,512 \pm 1,253$ бал) (рис. 3.46, див. табл. В.6).

Величина м'язового компонента маси тіла достовірно ($p < 0,001$ в обох ви-

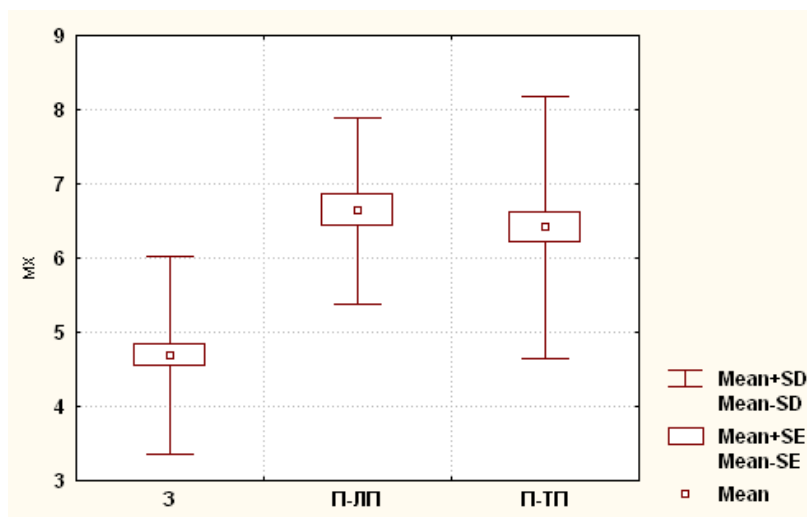


Рис. 3.45. Величина мезоморфного компоненту соматотипу (MX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал).

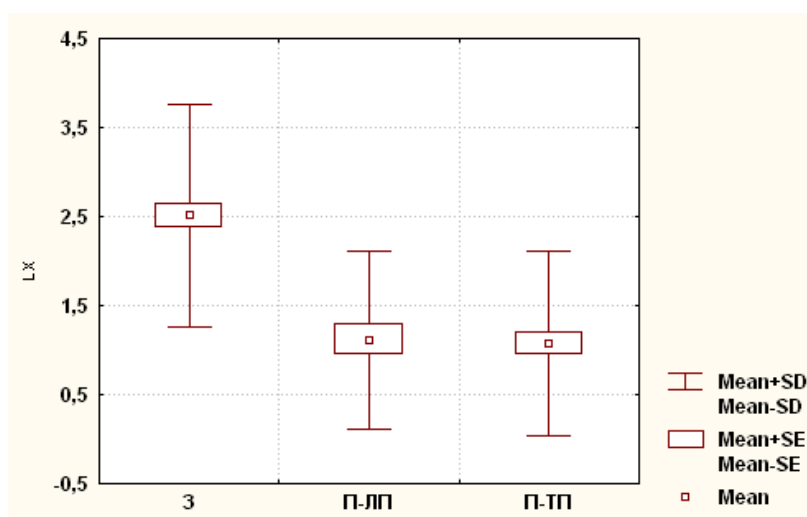


Рис. 3.46. Величина ектоморфного компоненту соматотипу (LX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал).

падах) більша у чоловіків з легким ($45,69 \pm 5,67$ кг) і важким ($43,23 \pm 6,76$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($34,22 \pm 5,88$ кг) (рис. 3.47, див. табл. В.6).

Величина кісткового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у чоловіків з легким ($12,35 \pm 1,53$ кг) і важким ($11,71 \pm 1,34$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($11,01 \pm 1,30$ кг). Зазначений розмір має тенденцію ($p = 0,087$) до більших значень у чоловіків з легким перебігом захворювання ($12,35 \pm 1,53$ кг) порівняно із чоловіками з важким перебігом псоріазу ($11,71 \pm 1,34$ кг) (рис. 3.48, див. табл. В.6).

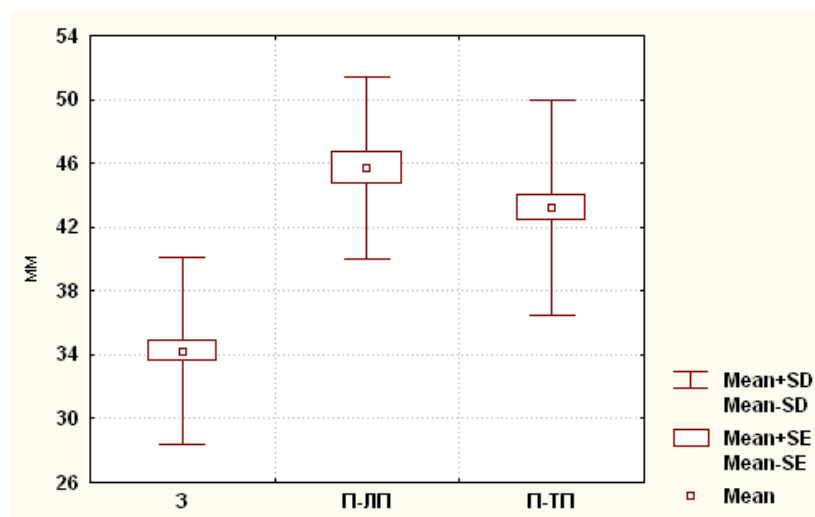


Рис. 3.47. Величина м'язового компоненту маси тіла (ММ) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (кг).

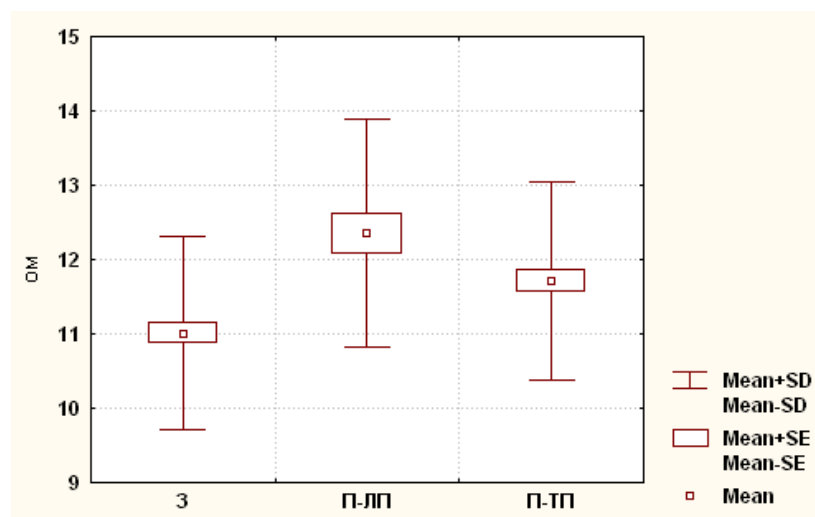


Рис. 3.48. Величина кісткового компоненту маси тіла (ОМ) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (кг).

Для величини жирового компоненту маси тіла не встановлено достовірних відмінностей та тенденцій відмінностей при порівнянні між у здоровими і хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (рис. 3.49, див. табл. В.6).

3.2. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками мезоморфного та/або ендо-мезоморфного соматотипів

Встановлено, що серед мезоморфів достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках)

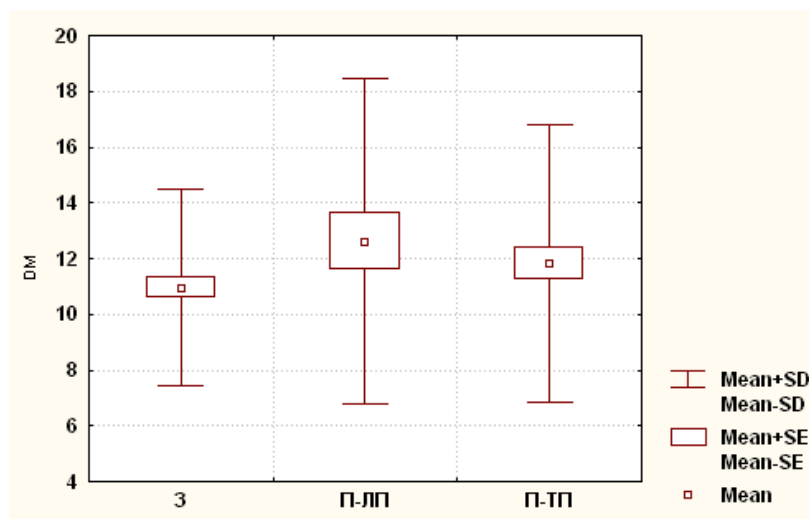


Рис. 3.49. Величина жирового компоненту маси тіла (DM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (кг).

більша відсоткова частка чоловіків з легким (87,5 %) і важким (80,9 %) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками (47,6 %). Серед ектоморфів відмічається тенденція ($p=0,0531-0,0600$) до менших значень відсоткової частки чоловіків з легким (0 %) і важким (2,9 %) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками (11,0 %). Серед енто-мезоморфів встановлено достовірно ($p<0,05-0,01$) менша відсоткова частка чоловіків з легким (0 %) і важким (2,9 %) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками (15,9 %). Встановлено, що серед представників середнього проміжного соматотипу достовірно ($p<0,05$) менша відсоткова частка чоловіків з важким (0 %) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками (7,3 %) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Порівняння розподілу соматотипів між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками (%).

Показники	Здорові (n=82)	Хворі на псоріаз		P _{з-п/лп}	P _{з-п/тп}	P _{п/лп -п/тп}
		ЛП (n=32)	ТП (n=68)			
1	2	3	4	5	6	7
Ендоморфи	2,4	0	0	0,3786	0,2005	1,0000
Мезоморфи	47,6	87,5	80,9	0,0002	0,0000	0,4143
Ектоморфи	11,0	0	2,9	0,0531	0,0600	0,3330
Екто-мезоморфи	15,9	0	2,9	0,0182	0,0091	0,3330

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7
Ендо-мезоморфи	15,9	12,5	13,2	0,6482	0,6425	0,9228
Середній проміжний	7,3	0	0	0,1192	0,0244	1,0000

3.2.1. Тотальні та парціальні розміри тіла.

Маса тіла достовірно ($p < 0,01$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($115,5 \pm 16,3$ кг) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю дерматозу ($89,48 \pm 14,68$ кг) (рис. 3.50, див. табл. В.7).

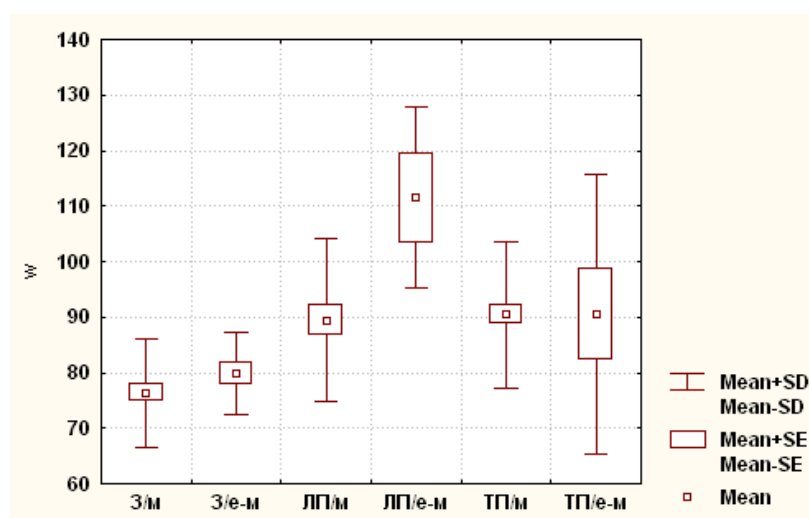


Рис. 3.50. Маса тіла (W) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів. (кг). На даному та в подібних рисунках розділу: З/м – здорові чоловіки мезоморфного соматотипу; З/е-м – здорові чоловіки ендо-мезоморфного соматотипів; ЛП/м – хворі на псоріаз легкого перебігу чоловіки мезоморфного соматотипу; ЛП/е-м – хворі на псоріаз легкого перебігу чоловіки ендо-мезоморфного соматотипу; ТП/м – хворі на псоріаз важкого перебігу чоловіки мезоморфного соматотипу; ТП/е-м – хворі на псоріаз важкого перебігу чоловіки ендо-мезоморфного соматотипу; Mean – середнє значення; Mean±SE – середнє значення ± помилка середньої; Mean±SD – середнє значення ± стандартне відхилення.

Маса тіла достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($89,48 \pm 14,68$ кг) і важким ($90,38 \pm 13,20$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($76,43 \pm 9,78$ кг). За-

значений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом захворювання ($115,5 \pm 16,3$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($79,92 \pm 7,47$ кг) (див. рис. 3.50, див. табл. В.7).

Довжина тіла достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($185,5 \pm 3,1$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю дерматозу ($179,2 \pm 4,9$ см) (рис. 3.51, див. табл. В.7).

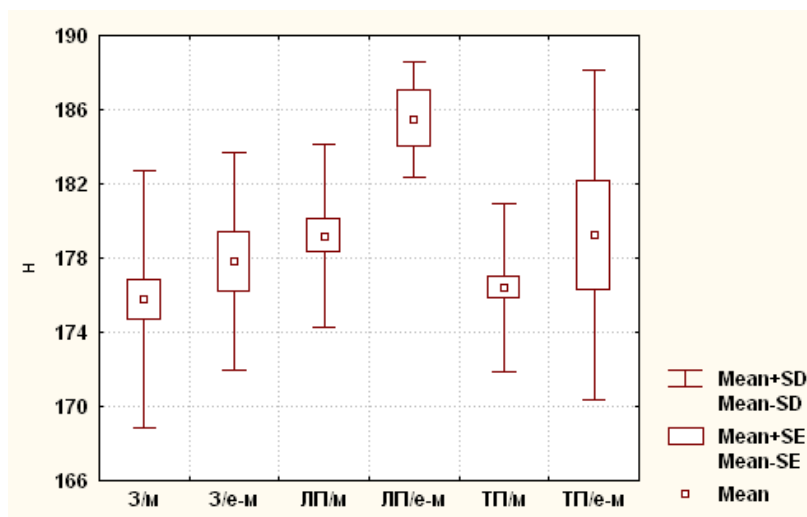


Рис. 3.51. Довжина тіла (H) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Довжина тіла достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів ($179,2 \pm 4,9$ см) і ендо-мезоморфів ($185,5 \pm 3,1$ см) з легким перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічних соматотипів ($175,8 \pm 6,9$ см і $177,8 \pm 5,9$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом захворювання ($179,2 \pm 4,9$ см) порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу аналогічного соматотипу ($176,4 \pm 4,6$ см) (див. рис. 3.51, див. табл. В.7).

Площа поверхні тіла достовірно ($p < 0,01$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($2,346 \pm 0,164$ м²) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю дерматозу ($2,082 \pm 0,157$ м²) (рис. 3.52, див. табл. В.7).

Площа поверхні тіла достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($2,082 \pm 0,157$ м²) і важким ($2,069 \pm 0,144$ м²) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($1,923 \pm 0,149$ м²).

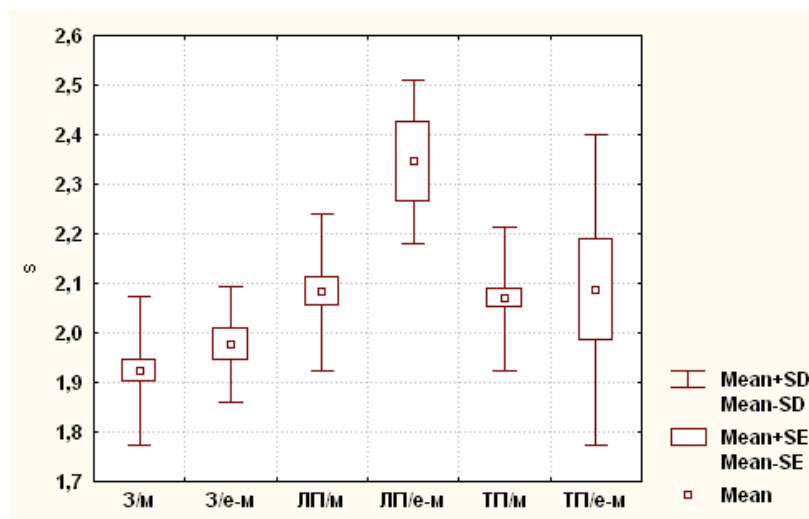


Рис. 3.52. Площа поверхні тіла (S) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (м²).

Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом захворювання ($2,346 \pm 0,164$ м²) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($1,977 \pm 0,116$ м²) (див. рис. 3.52, див. табл. В.7).

Висота надгруднинної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($147,6 \pm 4,4$ см) і важким ($145,4 \pm 4,0$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($142,5 \pm 6,5$ см). Даний параметр має тенденцію ($p = 0,070$) до більших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом захворювання ($152,5 \pm 6,4$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($144,5 \pm 5,7$ см) (рис. 3.53, див. табл. В.7).

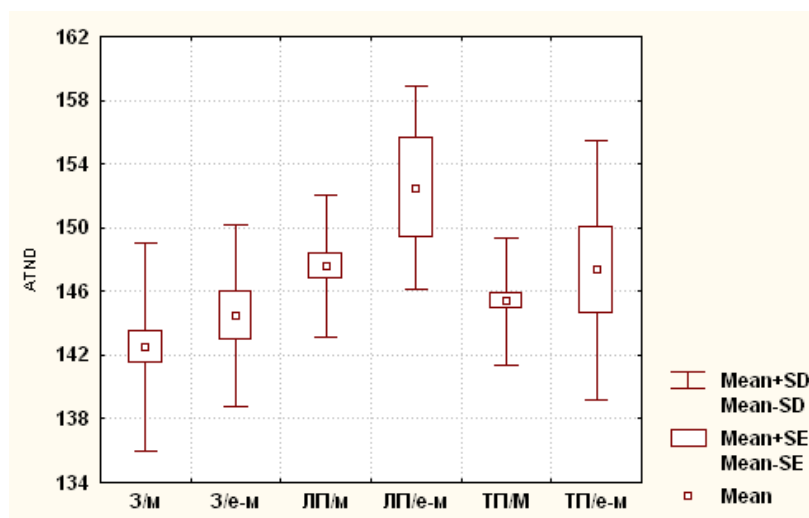


Рис. 3.53. Висота надгруднинної антропометричної точки (ATND) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Висота надгруднинної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з легким перебігом захворювання ($147,6 \pm 4,4$ см) порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу аналогічного соматотипу ($145,4 \pm 8,2$ см) (див. рис. 3.53, див. табл. В.7).

Висота лобкової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01$) менша у чоловіків мезоморфів з важким ($85,66 \pm 4,36$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($89,21 \pm 5,46$ см) (рис. 3.54, див. табл. В.7).

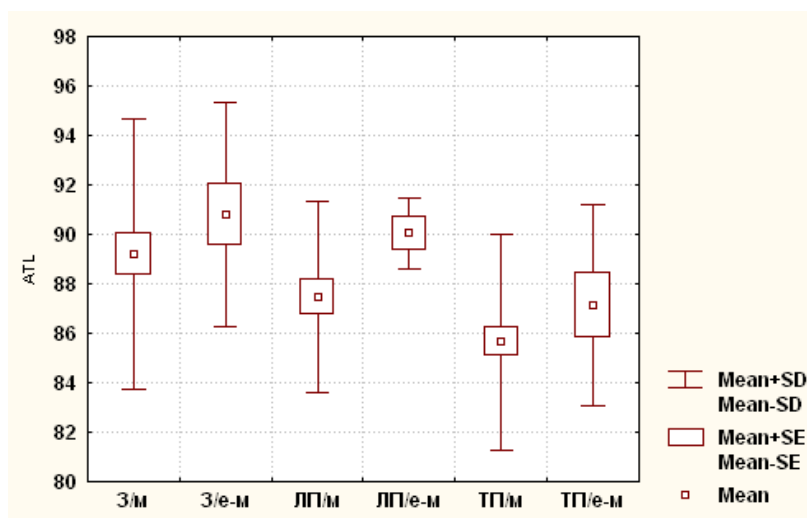


Рис. 3.54. Висота лобкової антропометричної точки (ATL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Висота акроміальної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($156,0 \pm 3,5$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю дерматозу ($149,5 \pm 4,7$ см) (рис. 3.55, див. табл. В.7).

Висота акроміальної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($149,5 \pm 4,7$ см) і має тенденцію ($p = 0,056$) до більших значень у чоловіків з важким перебігом дерматозу ($147,2 \pm 4,0$ см) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($145,2 \pm 7,3$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом захворювання ($156,0 \pm 3,5$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($147,6 \pm 6,6$ см) (див. рис. 3.55, див. табл. В.7).

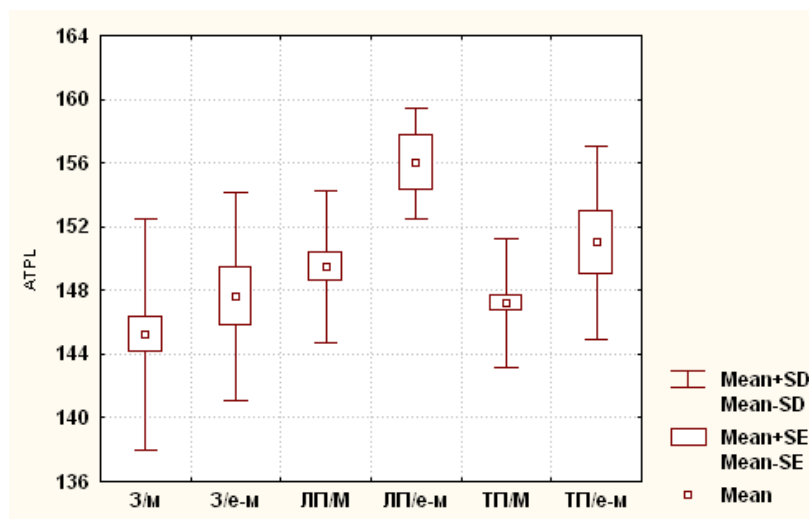


Рис. 3.55. Висота акроміальної антропометричної точки (ATPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Висота акроміальної антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з легким перебігом захворювання ($149,5 \pm 4,7$ см) порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу аналогічного соматотипу ($147,2 \pm 4,0$ см) (див. рис. 3.55, див. табл. В.7).

Висота пальцевої антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($72,50 \pm 3,00$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю дерматозу ($69,77 \pm 2,94$ см) (рис. 3.56, див. табл. В.7).

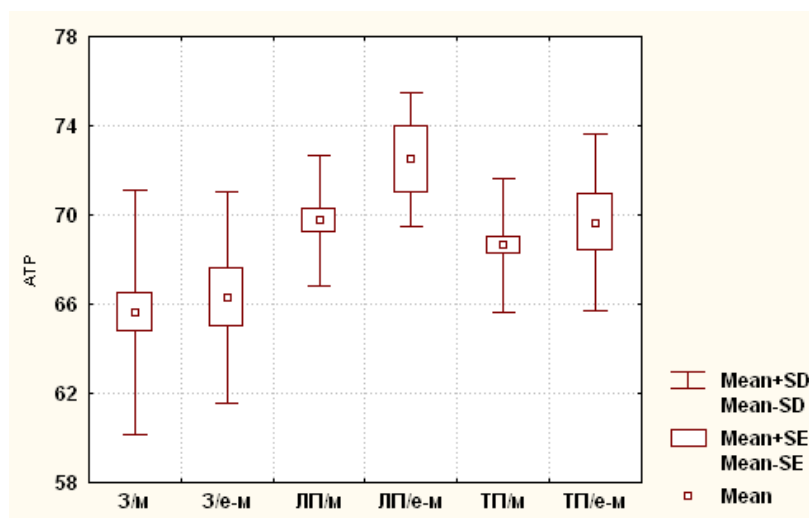


Рис. 3.56. Висота пальцевої антропометричної точки (ATP) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Висота пальцевої антропометричної точки достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($69,77 \pm 2,94$ см) і важким ($68,63 \pm 3,00$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($65,61 \pm 5,49$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом захворювання ($72,50 \pm 3,00$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($66,31 \pm 4,74$ см) (див. рис. 3.56, див. табл. В.7).

Висота вертлюгової антропометричної точки достовірно ($p < 0,05$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($95,92 \pm 3,75$ см) порівняно із здоровими чоловіками мезоморфами ($92,38 \pm 5,96$ см) (рис. 3.57, див. табл. В.7).

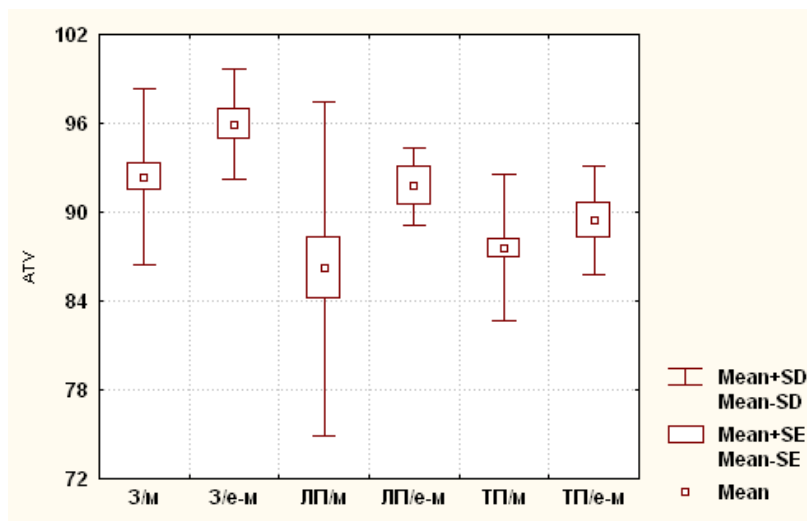


Рис. 3.57. Висота вертлюгової антропометричної точки (ATV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Висота вертлюгової антропометричної точки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($86,21 \pm 2,94$ см) і важким ($87,59 \pm 4,96$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($92,38 \pm 5,96$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05-0,01$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($91,75 \pm 2,63$ см) і важким ($89,44 \pm 3,71$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($95,92 \pm 3,75$ см) (див. рис. 3.57, див. табл. В.7).

Ширина дистального епіфіза плеча достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($7,825 \pm 0,287$ см) порівняно із чо-

ловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($7,354 \pm 0,546$ см) (рис. 3.58, див. табл. В.8).

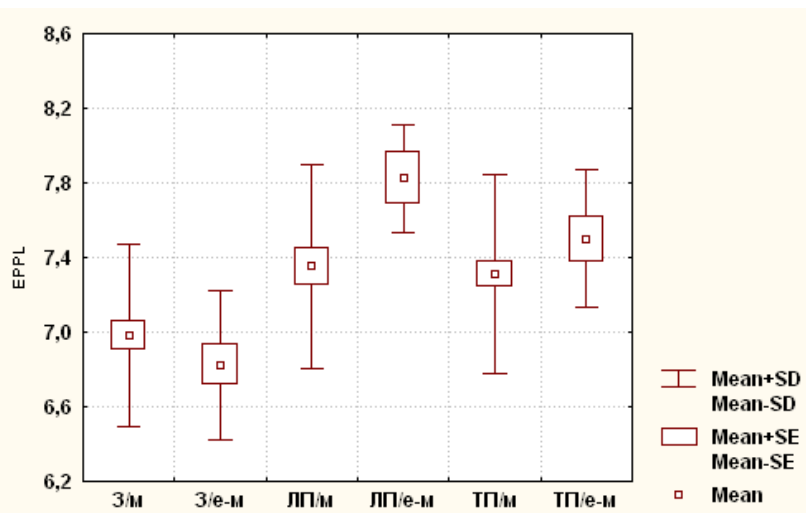


Рис. 3.58. Ширина дистального епіфіза плеча (EPPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Ширина дистального епіфіза плеча достовірно ($p < 0,05-0,01$) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($7,354 \pm 0,546$ см) і важким ($7,313 \pm 0,534$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($6,982 \pm 0,489$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($7,825 \pm 0,287$ см) і важким ($7,500 \pm 0,367$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($6,823 \pm 0,402$ см) (див. рис. 3.58, див. табл. В.8).

Ширина дистального епіфіза передпліччя має тенденцію ($p = 0,062$) до більших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($6,075 \pm 0,287$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($5,723 \pm 0,249$ см) (рис. 3.59, див. табл. В.8).

Ширина дистального епіфіза стегна достовірно ($p < 0,05$) менша у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($9,044 \pm 1,477$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($9,731 \pm 0,674$ см) (рис. 3.60, див. табл. В.8).

Ширина дистального епіфіза стегна достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($9,904 \pm 0,534$ см) і важким ($9,731 \pm 0,674$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу

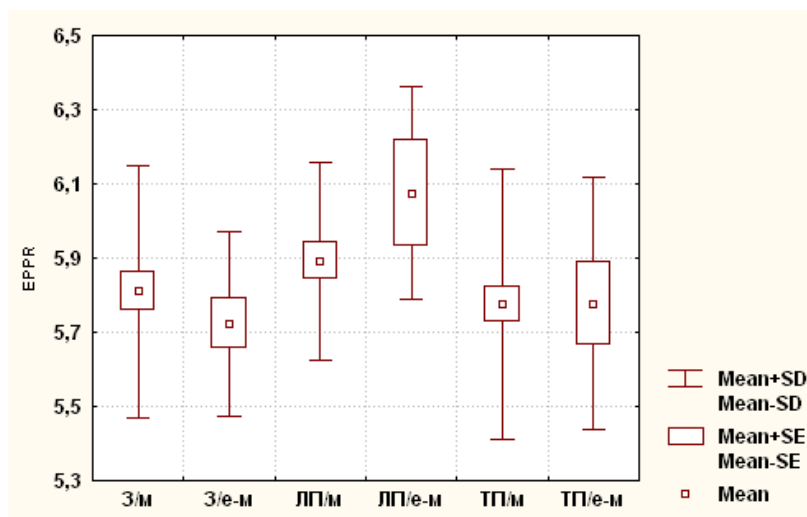


Рис. 3.59. Ширина дистального епіфіза передпліччя (EPPR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

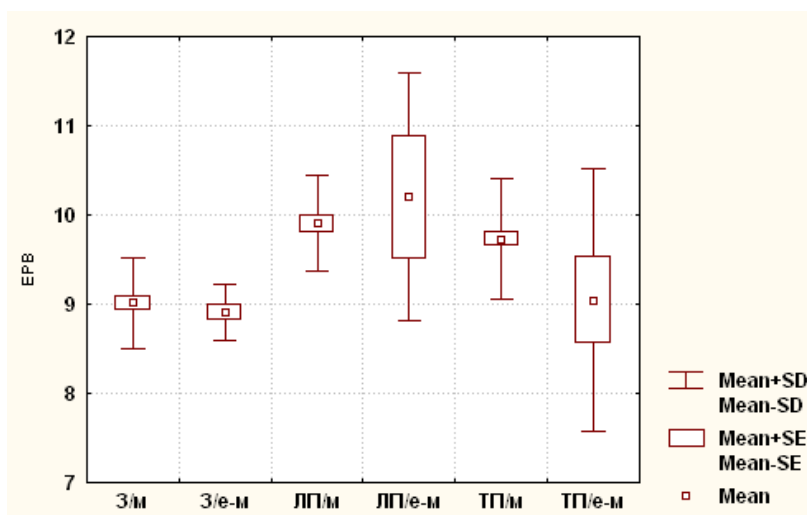


Рис. 3.60. Ширина дистального епіфіза стегна (EPB) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

(9,010±0,506 см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу (10,20±1,39 см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (8,905±0,310 см) (див. рис. 3.60, див. табл. В.8).

Ширина дистального епіфіза гомілки достовірно ($p < 0,01-0,001$) менша у чоловіків мезоморфів з легким (6,896±0,608 см) і важким (6,949±0,502 см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу (7,324±0,408 см) (рис. 3.61, див. табл. В.8).

Обхват плеча у напруженому стані достовірно ($p < 0,05$) більший у чолові-

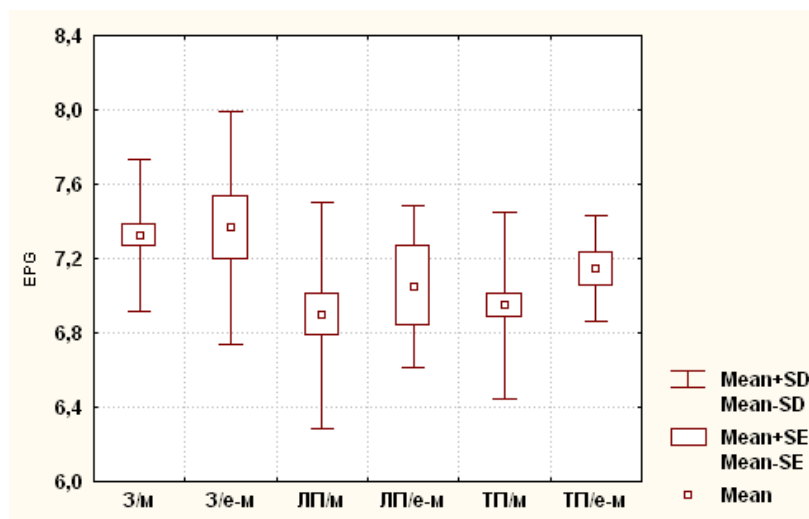


Рис. 3.61. Ширина дистального епіфіза гомілки (EPG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

ків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($38,63 \pm 1,11$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($36,16 \pm 2,55$ см) та має тенденцію ($p=0,057$) до менших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($33,35 \pm 1,81$ см) порівняно із здоровими чоловіками мезоморфами ($34,97 \pm 2,28$ см) (рис. 3.62, див. табл. В.9).

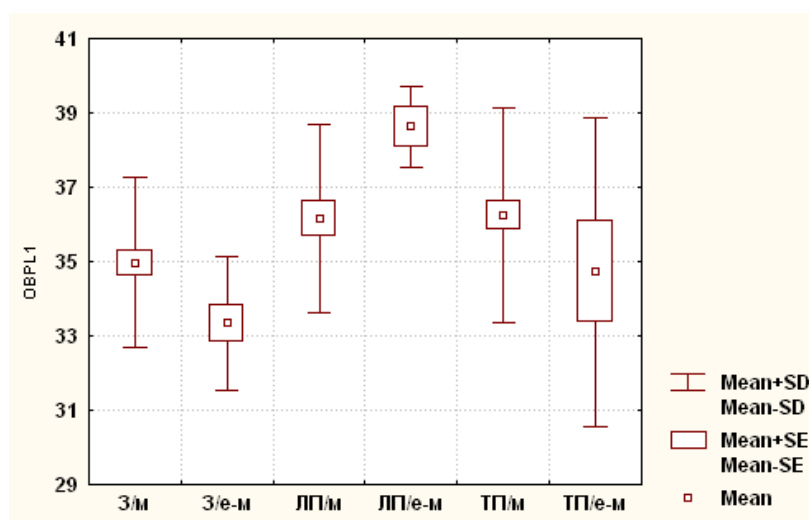


Рис. 3.62. Обхват плеча у напруженому стані (OBPL1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват плеча у напруженому стані достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($36,16 \pm 2,55$ см) і важким ($36,24 \pm 2,90$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($34,97 \pm 2,28$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків

ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($38,63 \pm 1,11$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($33,35 \pm 1,81$ см) (див. рис. 3.62, див. табл. В.9).

Обхват плеча у ненапруженому стані достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($37,38 \pm 1,60$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($34,86 \pm 2,43$ см) та має тенденцію ($p = 0,095$) до менших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($30,42 \pm 1,75$ см) порівняно із здоровими чоловіками мезоморфами ($31,92 \pm 2,49$ см) (рис. 3.63, див. табл. В.9).

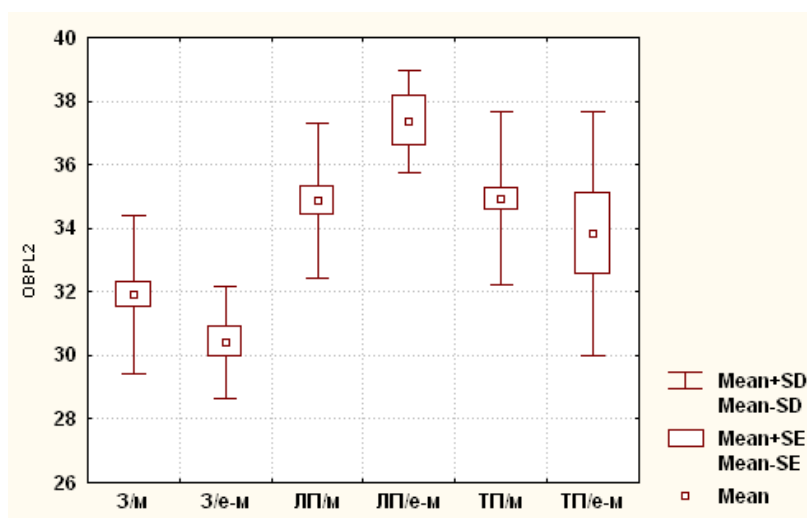


Рис. 3.63. Обхват плеча у ненапруженому стані (OBPL2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват плеча у ненапруженому стані достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($34,86 \pm 2,43$ см) і важким ($34,94 \pm 2,90$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($31,92 \pm 2,49$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($37,38 \pm 1,60$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($30,42 \pm 1,75$ см) (див. рис. 3.63, див. табл. В.9).

Обхват передпліччя у верхній частині достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($29,61 \pm 1,78$ см) і важким ($29,74 \pm 2,16$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($28,37 \pm 1,59$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків

ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($30,50 \pm 2,31$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($28,37 \pm 1,59$ см) (рис. 3.64, див. табл. В.9).

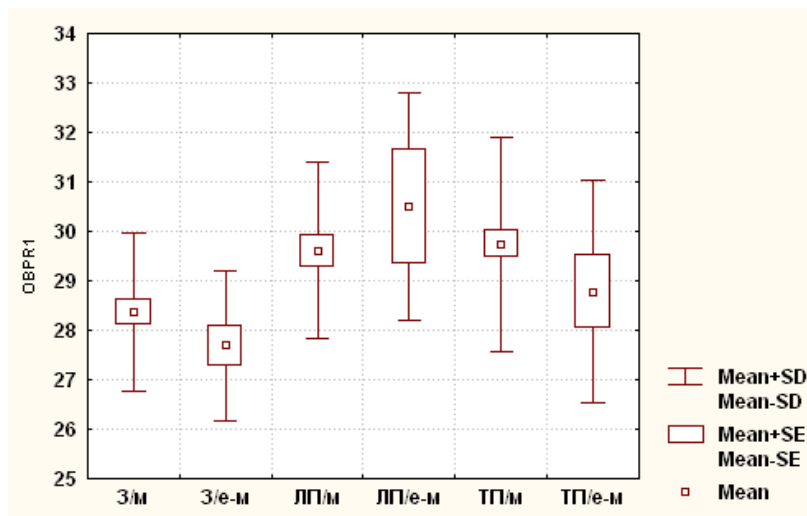


Рис. 3.64. Обхват передпліччя у верхній частині (OBPR1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват передпліччя у нижній частині достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($19,13 \pm 1,03$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($18,07 \pm 0,92$ см) та має тенденції ($p = 0,095-0,097$) до менших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($17,31 \pm 1,09$ см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом дерматозу ($17,56 \pm 1,69$ см) порівняно із здоровими чоловіками мезоморфами ($17,96 \pm 1,18$ см) і мезоморфами з аналогічним перебігом недуги ($18,44 \pm 0,92$ см) (рис. 3.65, див. табл. В.9).

Обхват передпліччя у нижній частині достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($18,07 \pm 0,92$ см) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($17,96 \pm 1,18$ см) і має тенденцію ($p = 0,088$) до менших значень порівняно із чоловіками із важким перебігом дерматозу ($18,44 \pm 0,92$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($19,13 \pm 1,03$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($17,31 \pm 1,09$ см) (див. рис. 3.65, див. табл. В.9).

Обхват кисті достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($22,41 \pm 1,19$ см) і важким ($22,80 \pm 0,89$ см) перебігом псоріазу порівняно із

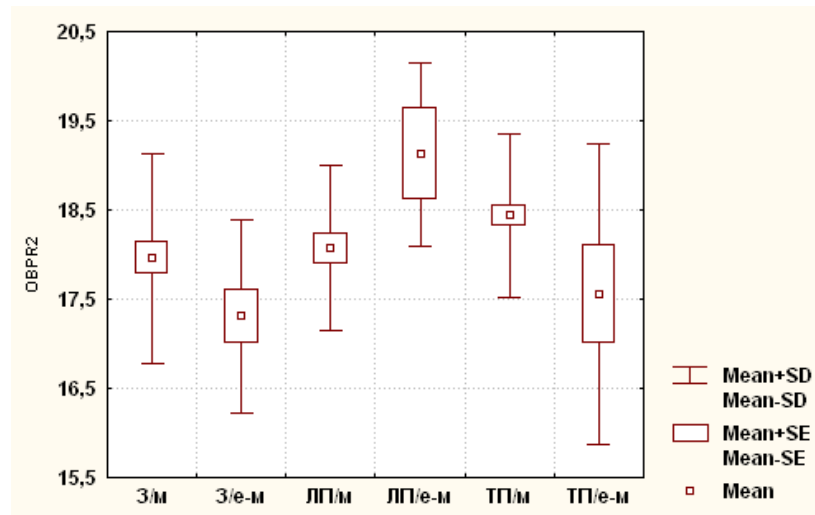


Рис. 3.65. Обхват передпліччя у нижній частині (OBPR2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($21,83 \pm 1,06$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($23,50 \pm 1,73$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($21,23 \pm 1,55$ см) (рис. 3.66, див. табл. В.9).

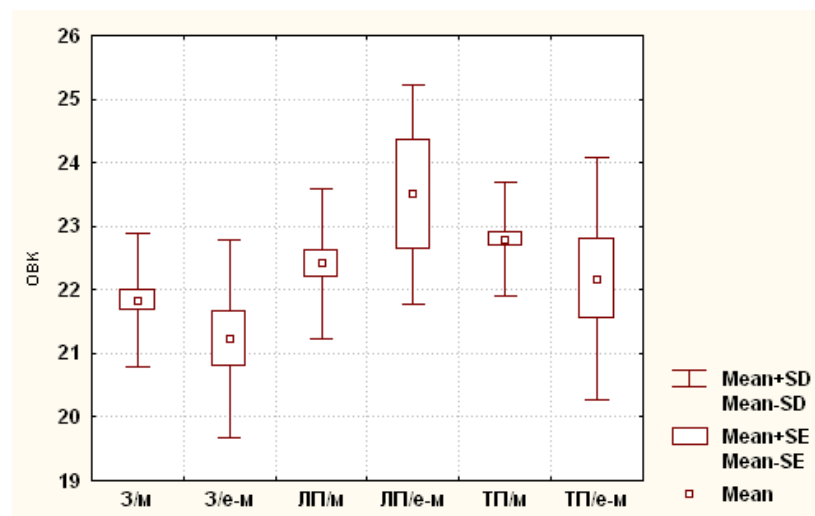


Рис. 3.66. Обхват кисті (OBK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват стегна має тенденцію ($p = 0,077$) до менших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($56,50 \pm 5,78$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($59,60 \pm 5,78$ см) (рис. 3.67, див. табл. В.9).

Обхват стегна достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків

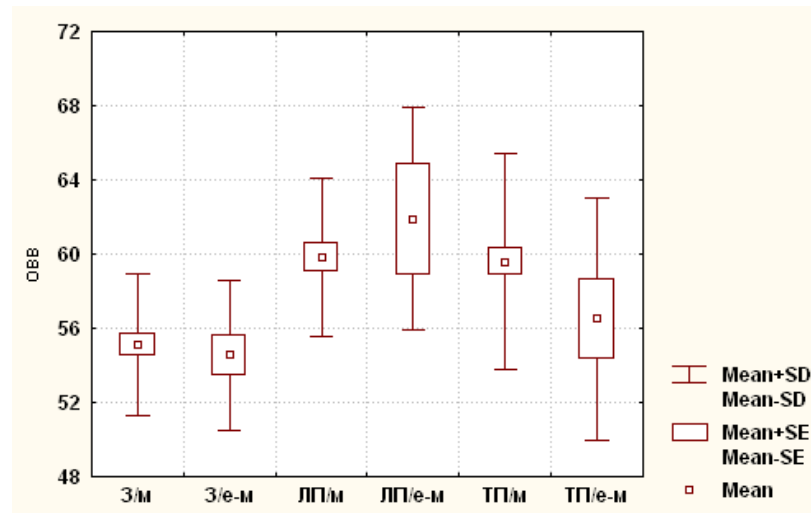


Рис. 3.67. Обхват стегна (OBV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

мезоморфів з легким ($59,82 \pm 4,26$ см) і важким ($59,60 \pm 5,78$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($55,12 \pm 3,85$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($61,88 \pm 6,01$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($54,54 \pm 4,03$ см) (див. рис. 3.67, див. табл. В.9).

Обхват стегон достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($109,8 \pm 2,6$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($103,3 \pm 7,2$ см) та має тенденцію ($p = 0,056$) до більших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($99,15 \pm 3,82$ см) порівняно із здоровими чоловіками мезоморфами ($96,67 \pm 5,46$ см) (рис. 3.68, див. табл. В.9).

Обхват стегон достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($103,3 \pm 7,2$ см) і важким ($102,6 \pm 9,1$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($96,67 \pm 5,46$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($109,8 \pm 2,6$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($99,15 \pm 3,82$ см) (див. рис. 3.68, див. табл. В.9).

Обхват гомілки у верхній частині має тенденцію ($p = 0,076$) до менших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($37,89 \pm 4,62$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захво-

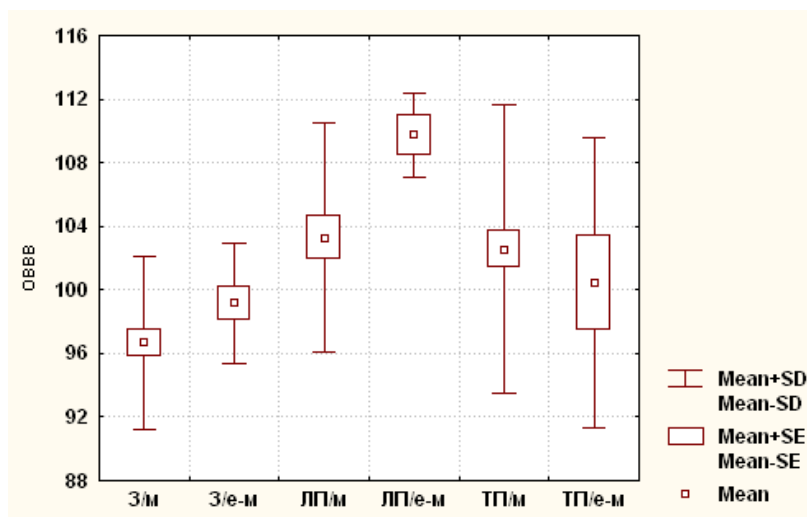


Рис. 3.68. Обхват стегон (OBVV) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

рювання ($40,21 \pm 2,31$ см) (рис. 3.69, див. табл. В.9).

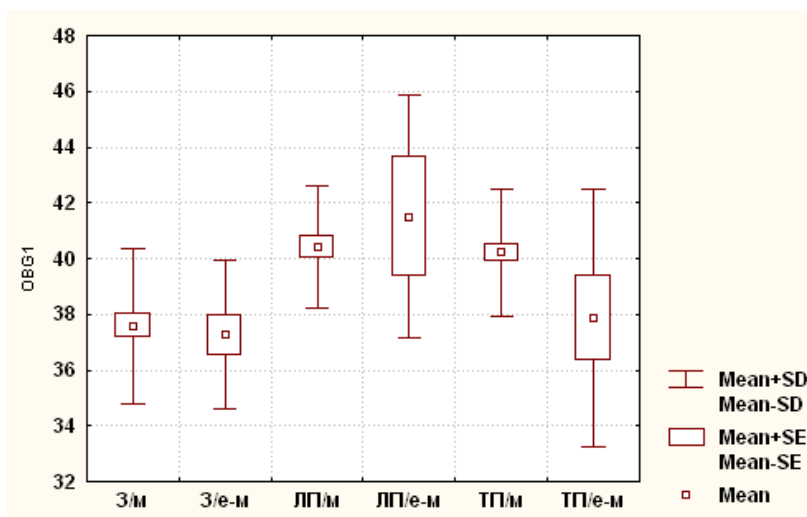


Рис. 3.69. Обхват гомілки у верхній частині (OBG1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват гомілки у верхній частині достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($40,43 \pm 2,18$ см) і важким ($40,21 \pm 2,31$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($37,58 \pm 2,80$ см). Зазначений параметр має тенденцію ($p = 0,073$) до більших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($37,89 \pm 4,62$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($37,27 \pm 2,66$ см) (див. рис. 3.69, див. табл. В.9).

Обхват гомілки у нижній частині достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чо-

ловіків мезоморфів з легким ($25,61 \pm 1,64$ см) і важким ($24,99 \pm 1,61$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($24,04 \pm 1,81$ см). Зазначений параметр має тенденцію ($p=0,064$) до більших значень у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($25,61 \pm 1,64$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами із важким перебігом дерматозу ($24,99 \pm 1,61$ см) (рис. 3.70, див. табл. В.9).

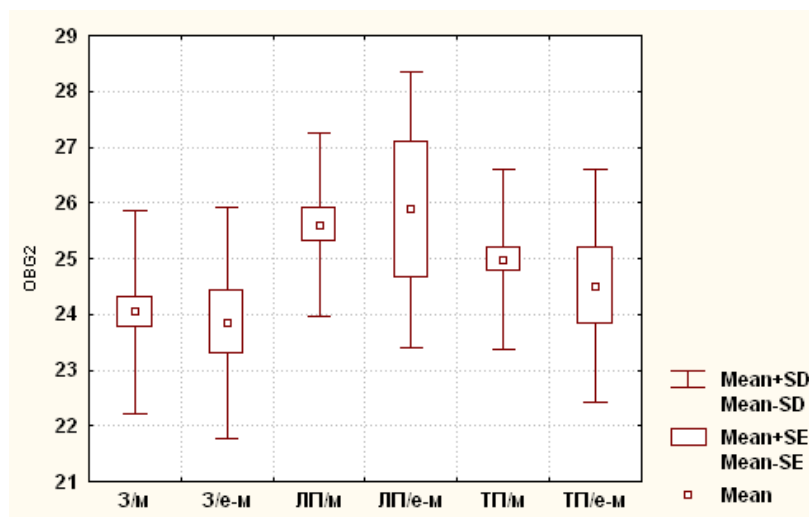


Рис. 3.70. Обхват гомілки у нижній частині (OBG2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват стопи має тенденцію ($p=0,056$) до більших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($26,38 \pm 1,31$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($25,31 \pm 0,82$ см) (рис. 3.71, див. табл. В.9).

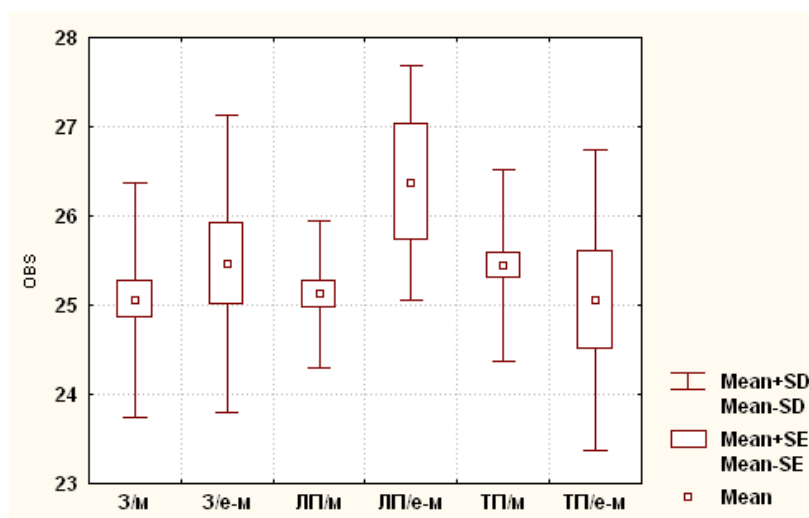


Рис. 3.71. Обхват стопи (OBS) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват шиї достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($43,00 \pm 1,41$ см) порівняно із чоловіками мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($40,13 \pm 2,78$ см) (рис. 3.72, див. табл. В.9).

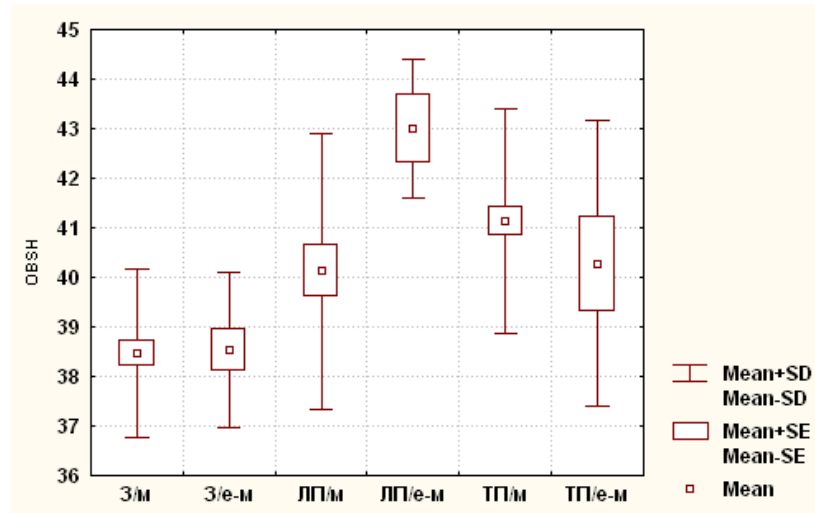


Рис. 3.72. Обхват шиї (OBSH) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват шиї достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($40,13 \pm 2,78$ см) і важким ($41,13 \pm 2,27$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($38,47 \pm 1,71$ см). Значений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($43,00 \pm 1,41$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($38,54 \pm 1,57$ см). Обхват шиї достовірно ($p < 0,01$) менший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($40,13 \pm 2,78$ см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання ($41,13 \pm 2,27$ см) (див. рис. 3.72, див. табл. В.9).

Обхват талії достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($85,65 \pm 6,11$ см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($116,1 \pm 12,8$ см) порівняно із здоровими мезоморфами ($80,65 \pm 6,11$ см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($92,93 \pm 15,95$ см) (рис. 3.73, див. табл. В.9).

Обхват талії достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($92,93 \pm 15,95$ см) і важким ($98,80 \pm 11,05$ см) перебігом псоріазу

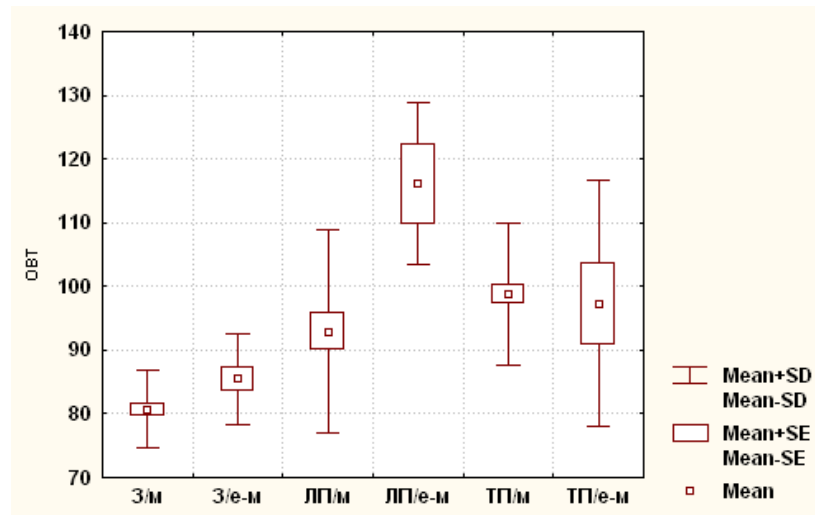


Рис. 3.73. Обхват талії (OBT) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($80,65 \pm 6,11$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($116,1 \pm 12,8$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($85,50 \pm 7,15$ см). Обхват талії достовірно ($p < 0,01$) менший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($92,93 \pm 15,95$ см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання ($98,80 \pm 11,05$ см) (див. рис. 3.73, див. табл. В.9).

Обхват грудної клітки на вдиху достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($105,0 \pm 4,3$ см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($120,9 \pm 7,1$ см) порівняно із здоровими мезоморфами ($101,2 \pm 5,2$ см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($106,6 \pm 8,4$ см) (рис. 3.74, див. табл. В.9).

Обхват грудної клітки на вдиху достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($106,6 \pm 8,4$ см) і важким ($108,5 \pm 8,4$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($101,2 \pm 5,2$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($120,9 \pm 7,1$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($105,0 \pm 4,3$ см). Обхват грудної клітки на вдиху має тенденцію ($p = 0,072$) до менших значень у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($106,6 \pm 8,4$ см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання ($108,5 \pm$

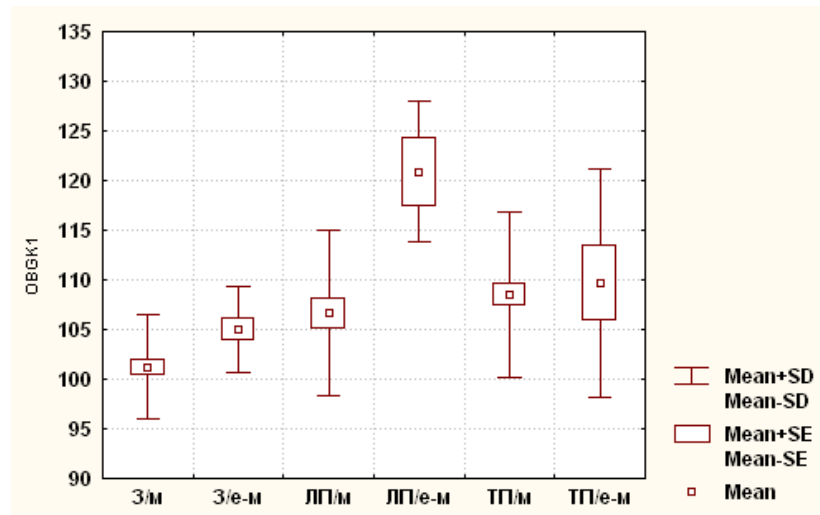


Рис. 3.74. Обхват грудної клітки на вдику (OBGK1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

8,4 см) (див. рис. 3.74, див. табл. В.9).

Обхват грудної клітки на видиху достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($98,54 \pm 4,18$ см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($116,5 \pm 6,4$ см) порівняно із здоровими мезоморфами ($94,38 \pm 5,21$ см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($102,5 \pm 8,9$ см) (рис. 3.75, див. табл. В.9).

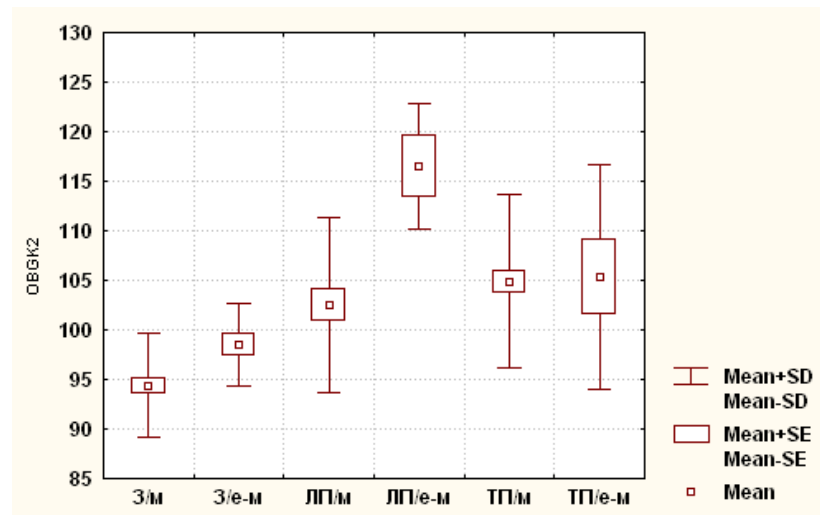


Рис. 3.75. Обхват грудної клітки на видиху (OBGK2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват грудної клітки на видиху достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($102,5 \pm 8,9$ см) і важким ($104,9 \pm 8,8$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу

(94,38±5,21 см). Зазначений параметр достовірно ($p<0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу (116,5±6,4 см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (98,54±4,18 см). Обхват грудної клітки на видиху достовірно ($p<0,01$) менший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу (102,5±8,9 см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання (104,9±8,8 см) (див. рис. 3.75, див. табл. В.9).

Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно ($p<0,05-0,01$) більший у здорових чоловіків ендо-мезоморфів (100,4±5,2 см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу (119,0±6,9 см) порівняно із здоровими мезоморфами (96,94±5,60 см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання (103,9±8,8 см) (рис. 3.76, див. табл. В.9).

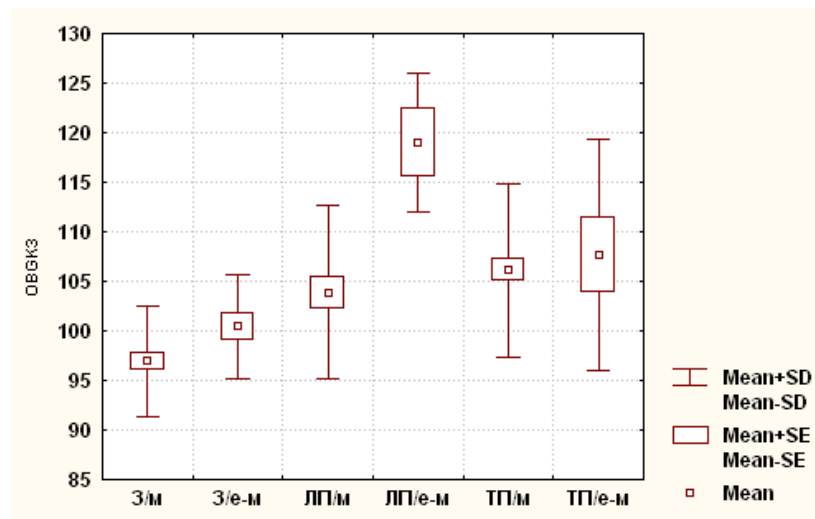


Рис. 3.76. Обхват грудної клітки у спокійному стані (OBGK3) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно ($p<0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким (103,9±8,8 см) і важким (106,1±8,8 см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу (96,94±5,60 см). Зазначений параметр достовірно ($p<0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу (119,0±6,9 см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (100,4±5,2 см). Обхват грудної клітки у спокійному стані достовірно ($p<0,01$) менший у чоловіків мезоморфів з лег-

ким перебігом псоріазу ($103,9 \pm 8,8$ см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання ($106,1 \pm 8,8$ см) (див. рис. 3.76, див. табл. В.9).

Поперечний середньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($38,50 \pm 3,00$ см) порівняно із мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($33,32 \pm 2,37$ см) (рис. 3.77, див. табл. В.10).

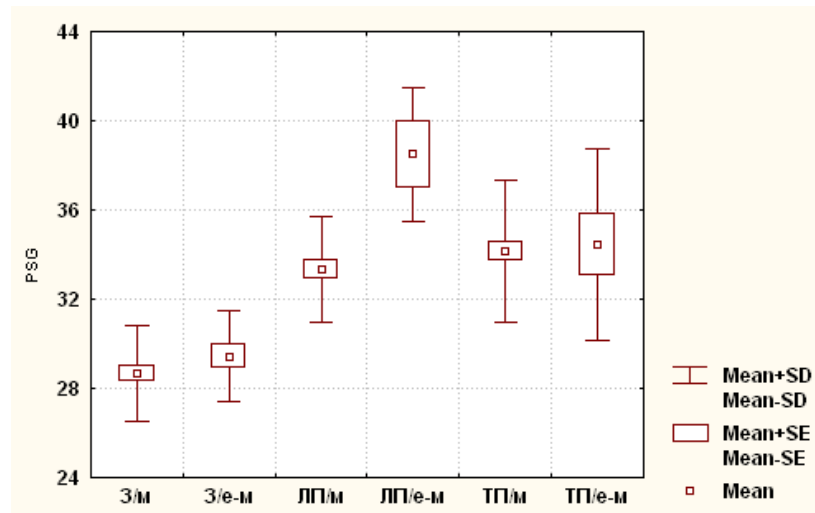


Рис. 3.77. Поперечний середньогрудний діаметр (PSG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Поперечний середньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($33,32 \pm 2,37$ см) і важким ($34,15 \pm 3,19$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($28,67 \pm 2,16$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($38,50 \pm 3,00$ см) і важким ($34,44 \pm 4,28$ см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($29,42 \pm 2,04$ см) (див. рис. 3.77, див. табл. В.10).

Поперечний нижньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($33,75 \pm 2,87$ см) порівняно із мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($29,82 \pm 2,48$ см) (рис. 3.78, див. табл. В.10).

Поперечний нижньогрудний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким ($29,82 \pm 2,48$ см) і важким ($30,27 \pm 2,94$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу

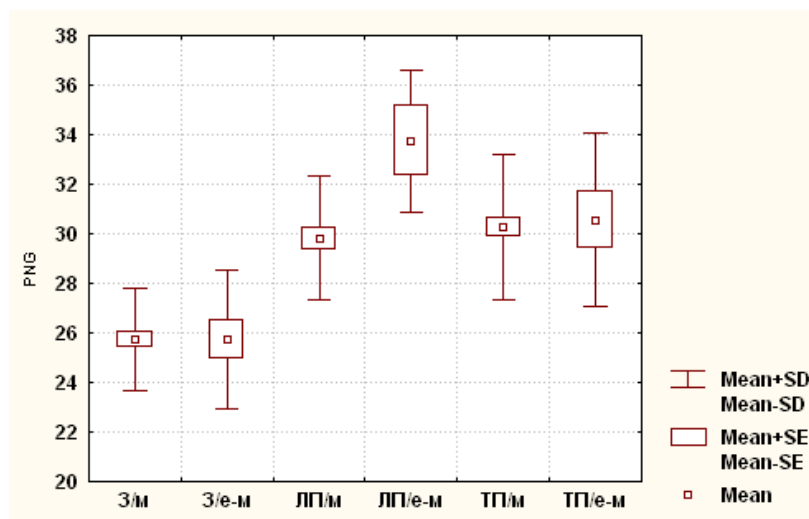


Рис. 3.78. Поперечний нижньогрудний діаметр (PNG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

($25,73 \pm 2,07$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($33,75 \pm 2,87$ см) і важким ($30,56 \pm 3,50$ см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($25,73 \pm 2,82$ см) (див. рис. 3.78, див. табл. В.10).

Передньо-задній середньогруднинний діаметр достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($21,46 \pm 1,46$ см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($29,75 \pm 5,06$ см) порівняно із здоровими мезоморфами ($20,13 \pm 2,24$ см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($23,43 \pm 2,10$ см) (рис. 3.79, див. табл. В.10).

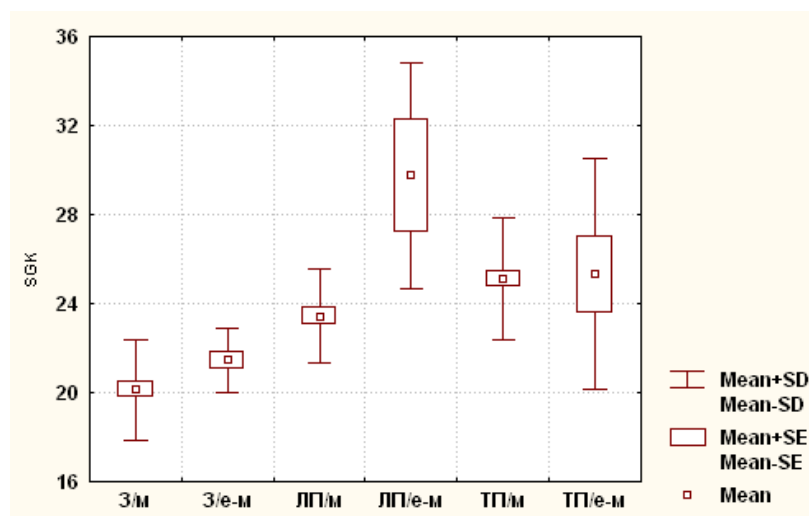


Рис. 3.79. Передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Передньо-задній середньогруднинний діаметр достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у чоловіків мезоморфів з легким (23,43±2,10 см) і важким (25,11±2,74 см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу (20,13±2,24 см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким (29,75±5,06 см) і важким (25,33±5,22 см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (21,46±1,46 см). Передньо-задній середньогруднинний діаметр достовірно ($p < 0,01$) менший у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу (23,43±2,10 см) порівняно із мезоморфами з важким перебігом захворювання (25,11±2,74 см) (див. рис. 3.79, див. табл. В.10).

Ширина плечей достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків мезоморфів з легким (34,86±2,58 см) і важким (35,62±2,55 см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу (42,19±2,97 см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01-0,001$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким (37,00±2,71 см) і важким (34,62±2,55 см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (42,65±1,34 см) (рис. 3.80, див. табл. В.10).

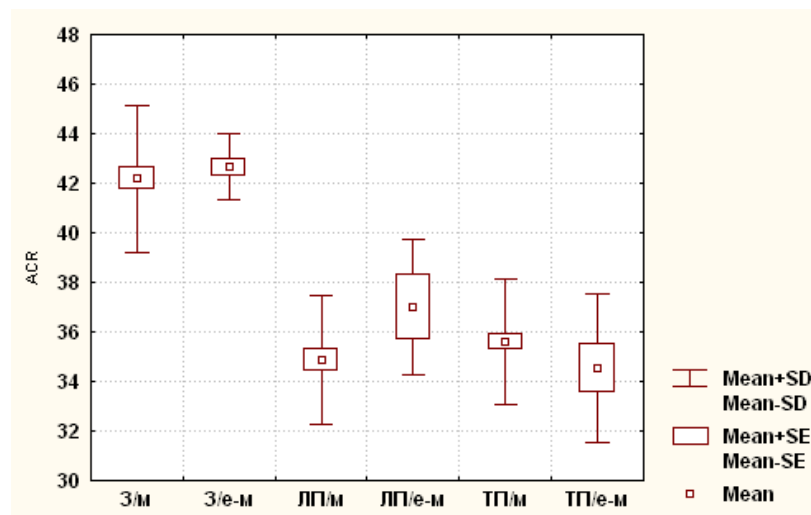


Рис. 3.80. Ширина плечей (ACR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Міжостьова відстань має тенденції ($p = 0,066-0,067$) до більших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів (27,08±1,20 см) і у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом псоріазу (31,22±1,09 см) порівняно із здоровими мезоморфами (20,13±2,24 см) (рис. 3.81, див. табл. В.10).

рфами ($26,18 \pm 2,20$ см) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($29,93 \pm 2,14$ см) (рис. 3.81, див. табл. В.10).

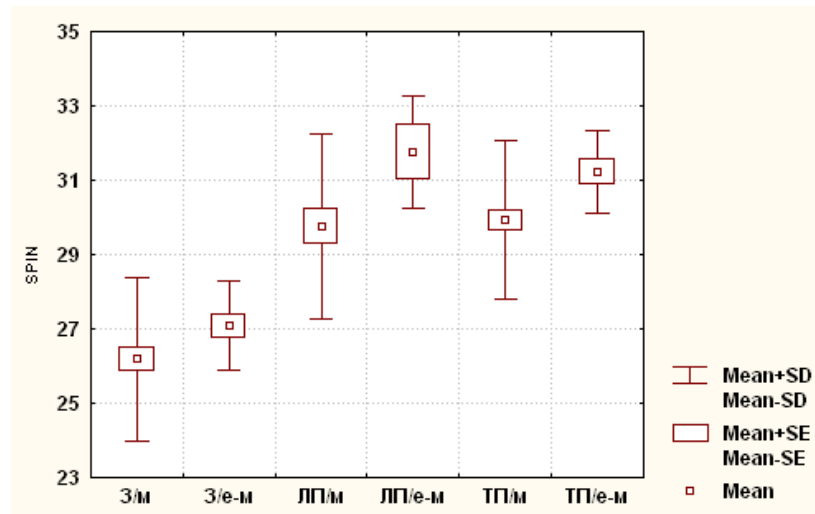


Рис. 3.81. Міжосьтова відстань (SPIN) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Міжосьтова відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($29,75 \pm 2,50$ см) і важким ($29,93 \pm 2,14$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($26,18 \pm 2,20$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($31,75 \pm 1,50$ см) і важким ($31,22 \pm 1,09$ см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($27,08 \pm 1,20$ см) (див. рис. 3.81, див. табл. В.10).

Міжгребенева відстань має тенденцію ($p = 0,069$) до більших значень у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($30,42 \pm 1,62$ см) порівняно із здоровими мезоморфами ($29,41 \pm 2,11$ см) (рис. 3.82, див. табл. В.10).

Міжгребенева відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($33,75 \pm 2,46$ см) і важким ($33,31 \pm 2,16$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($29,41 \pm 2,11$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($35,00 \pm 0,82$ см) і важким ($33,78 \pm 1,30$ см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($30,42 \pm 1,62$ см) (див. рис. 3.82, див. табл. В.10).

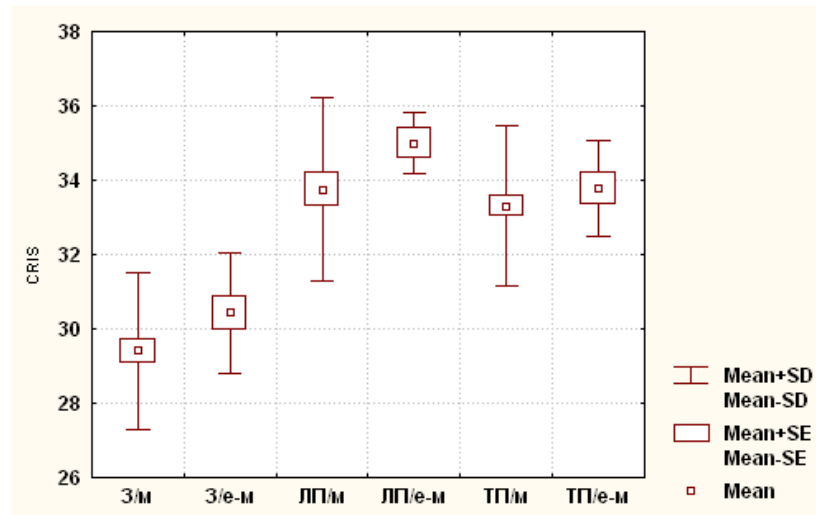


Рис. 3.82. Міжгребенева відстань (CRIS) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

Міжвертлюгова відстань достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($37,07 \pm 2,28$ см) і важким ($36,93 \pm 2,04$ см) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($33,46 \pm 2,16$ см). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01-0,001$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($37,75 \pm 0,50$ см) і важким ($36,67 \pm 1,12$ см) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($33,46 \pm 1,38$ см) (рис. 3.83, див. табл. В.10).

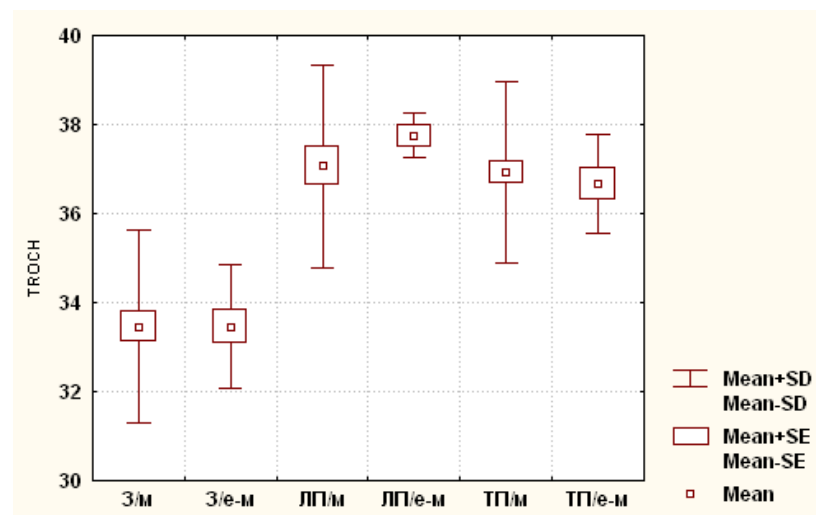


Рис. 3.83. Міжвертлюгова відстань (TROCH) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (см).

3.2.2. Товщина шкірно-жирових складок.

Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча достовірно ($p < 0,01-$

0,001) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($11,09 \pm 2,18$ мм) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($8,250 \pm 0,957$ мм) і важким ($6,667 \pm 1,732$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими мезоморфами ($7,108 \pm 2,344$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($4,464 \pm 1,527$ мм і $4,927 \pm 1,709$ мм) (рис. 3.84, див. табл. В.11).

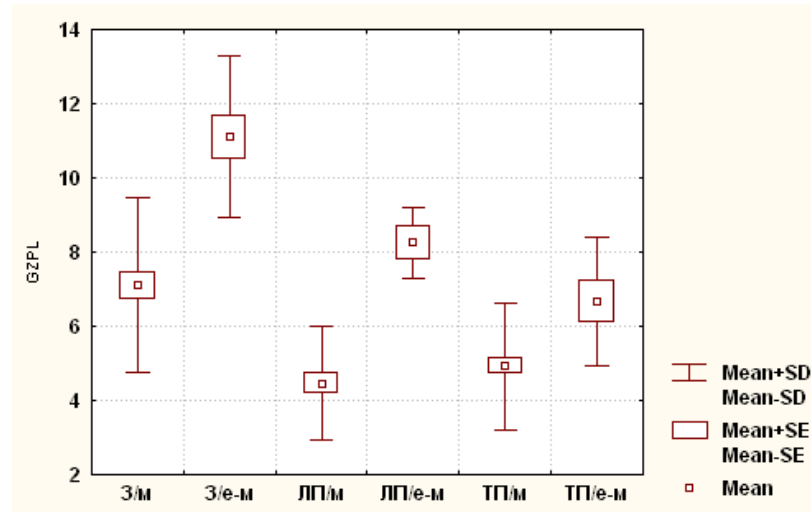


Рис. 3.84. Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча (GZPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на задній поверхні плеча достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($4,464 \pm 1,527$ мм) і важким ($4,927 \pm 1,709$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($7,108 \pm 2,344$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05-0,001$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($8,250 \pm 0,957$ мм) і важким ($6,667 \pm 1,732$ мм) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($11,09 \pm 2,18$ мм) (див. рис. 3.84, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($7,831 \pm 2,106$ мм) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($6,750 \pm 1,500$ мм) порівняно із здоровими мезоморфами ($5,044 \pm 1,493$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($3,464 \pm 1,427$ мм) (рис. 3.85, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($3,464 \pm 1,427$ мм)

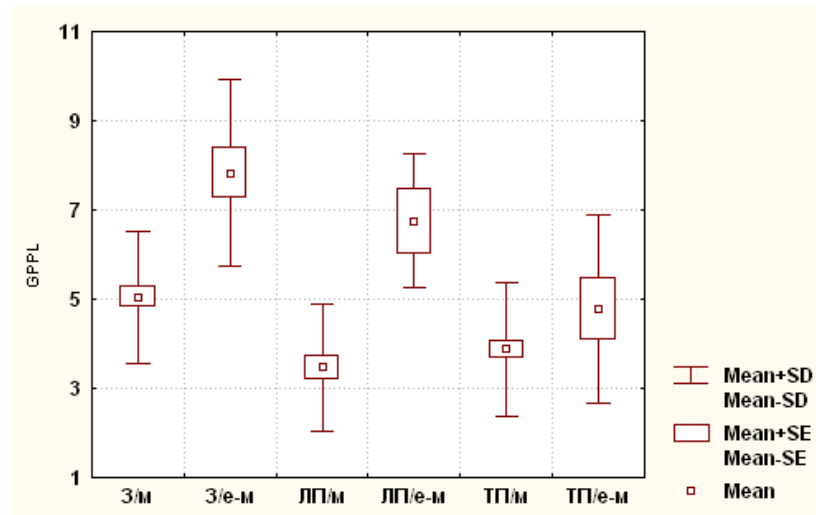


Рис. 3.85. Товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча (GPPL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендомезоморфного соматотипів (мм).

і важким ($3,873 \pm 1,504$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($5,044 \pm 1,493$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) менший у чоловіків ендомезоморфів з важким перебігом дерматозу ($4,778 \pm 2,108$ мм) порівняно із здоровими чоловіками ендомезоморфами ($7,831 \pm 2,106$ мм) (див. рис. 3.85, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі достовірно ($p < 0,01$ в усіх випадках) більша у здорових чоловіків ендомезоморфів ($5,646 \pm 1,760$ мм) і у чоловіків ендомезоморфів з легким ($7,000 \pm 1,155$ мм) і важким ($5,667 \pm 1,581$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими мезоморфами ($3,713 \pm 1,295$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($3,893 \pm 1,423$ мм і $4,073 \pm 1,120$ мм) (рис. 3.86, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більша у здорових чоловіків ендомезоморфів ($16,96 \pm 3,02$ мм) і у чоловіків ендомезоморфів з легким перебігом псоріазу ($32,50 \pm 9,00$ мм) порівняно із здоровими мезоморфами ($13,09 \pm 3,51$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($15,14 \pm 3,94$ мм) (рис. 3.87, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($15,14 \pm 3,94$ мм) і важким

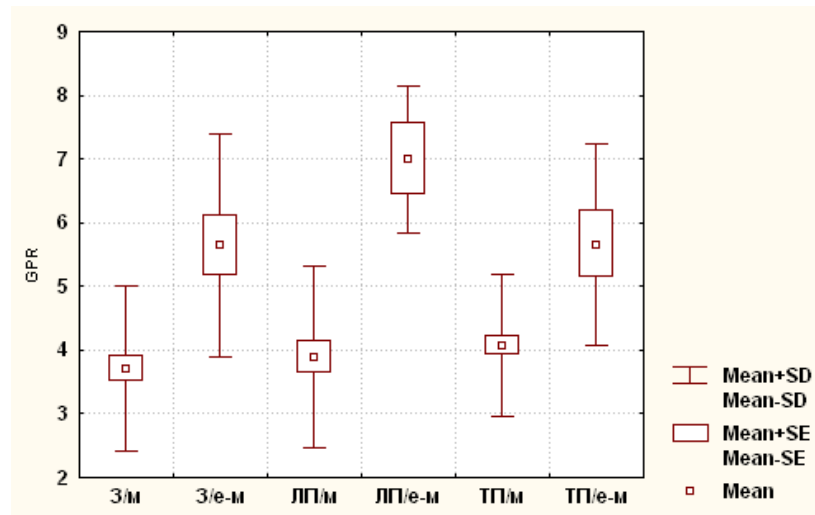


Рис. 3.86. Товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (GPR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та енто-мезоморфного соматотипів (мм).

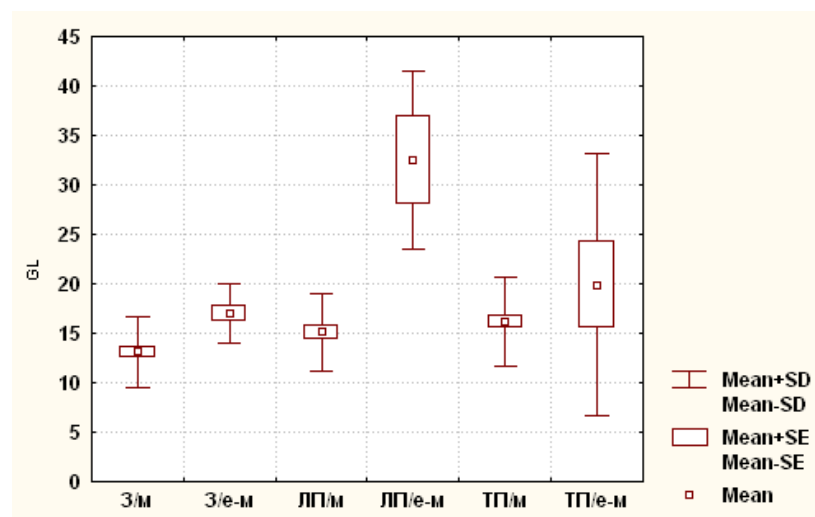


Рис. 3.87. Товщина шкірно-жирової складки під нижнім кутом лопатки (GL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та енто-мезоморфного соматотипів (мм).

(16,16±4,45 мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу (13,09±3,51 мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків енто-мезоморфів з легким перебігом дерматозу (32,50±9,00 мм) порівняно із здоровими чоловіками енто-мезоморфами (16,96±3,02 мм) (див. рис. 3.87, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на грудях достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більша у здорових чоловіків енто-мезоморфів (6,254±1,926 мм) і у чоло-

віків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($6,250 \pm 1,893$ мм) порівняно із здоровими мезоморфами ($4,515 \pm 1,147$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($3,607 \pm 1,133$ мм) (рис. 3.88, див. табл. В.11).

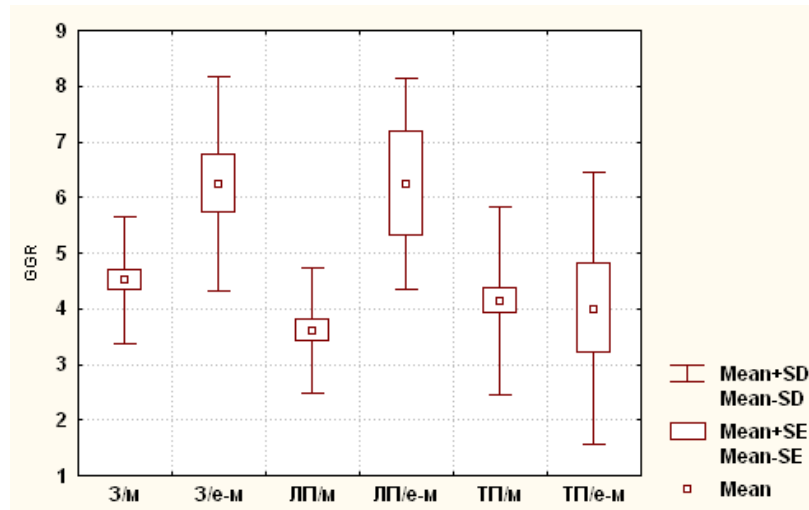


Рис. 3.88. Товщина шкірно-жирової складки на грудях (GGR) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на грудях достовірно ($p < 0,01$) менша у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($3,607 \pm 1,133$ мм) і має тенденцію ($p = 0,065$) до менших значень у чоловіків з важким перебігом захворювання ($4,146 \pm 1,693$ мм) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($4,515 \pm 1,147$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом дерматозу ($4,000 \pm 2,449$ мм) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($6,254 \pm 1,926$ мм) (див. рис. 3.88, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на животі достовірно ($p < 0,05-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($16,84 \pm 3,35$ мм) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($36,25 \pm 10,31$ мм) і важким ($26,11 \pm 11,50$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими мезоморфами ($11,79 \pm 4,64$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($15,36 \pm 4,25$ мм і $17,05 \pm 5,83$ мм) (рис. 3.89, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на животі достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($15,36 \pm 4,25$ мм) і важким ($17,05 \pm 5,83$ мм)

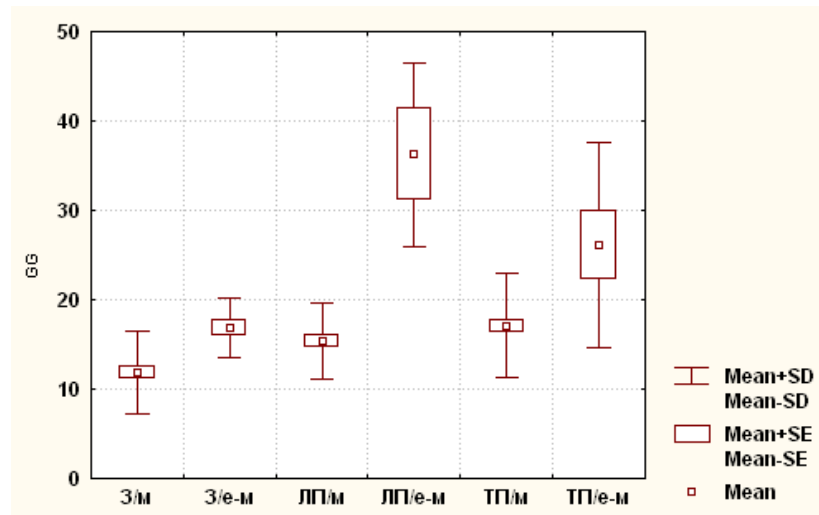


Рис. 3.89. Товщина шкірно-жирової складки на животі (GG) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($11,79 \pm 4,64$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($36,25 \pm 10,31$ мм) і важким ($26,11 \pm 11,50$ мм) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($16,84 \pm 3,35$ мм) (рис. 3.89, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на боці достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($15,72 \pm 3,58$ мм) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($33,75 \pm 7,09$ мм) і важким ($25,44 \pm 9,00$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими мезоморфами ($9,721 \pm 3,502$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($18,36 \pm 5,91$ мм і $18,15 \pm 5,83$ мм) (рис. 3.90, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на боці достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($18,36 \pm 5,91$ мм) і важким ($18,15 \pm 5,83$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($9,721 \pm 3,502$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким ($33,75 \pm 7,09$ мм) і важким ($25,44 \pm 9,00$ мм) перебігом дерматозу порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($15,72 \pm 3,58$ мм) (див. рис. 3.90, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на стегні достовірно ($p < 0,01$ в усіх випадках) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($16,05 \pm 3,99$ мм) і у чолові-

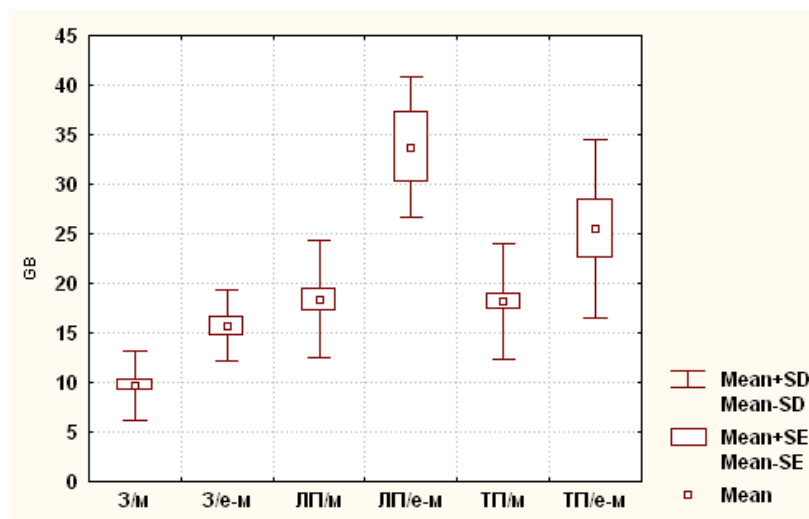


Рис. 3.90. Товщина шкірно-жирової складки на боку (GB) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

ків ендо-мезоморфів з легким ($14,50 \pm 4,36$ мм) і важким ($12,22 \pm 3,56$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими мезоморфами ($12,22 \pm 3,50$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($8,107 \pm 2,485$ мм і $8,600 \pm 3,083$ мм) (рис. 3.91, див. табл. В.11).

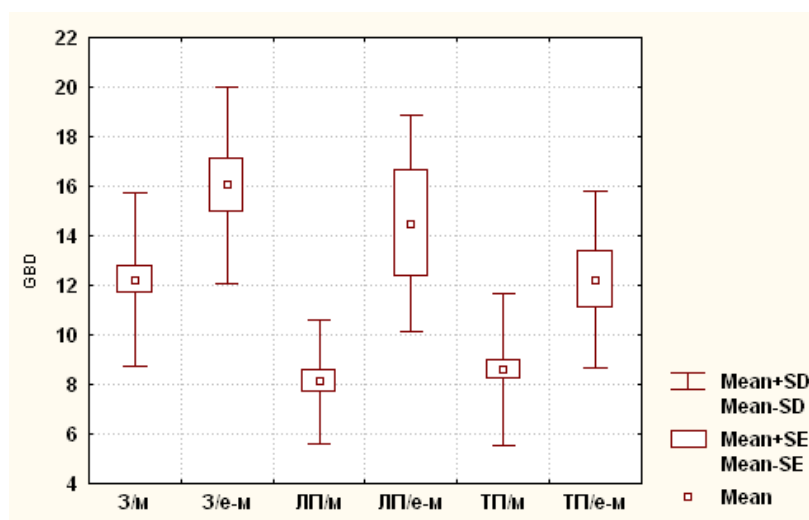


Рис. 3.91. Товщина шкірно-жирової складки на стегні (GBD) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

Товщина шкірно-жирової складки на стегні достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($8,107 \pm 2,485$ мм) і важким ($8,600 \pm 3,083$ мм) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($12,22 \pm 3,50$ мм). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом дерматозу ($12,22 \pm 3,56$ мм)

порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($16,05 \pm 3,99$ мм) (див. рис. 3.91, див. табл. В.11).

Товщина шкірно-жирової складки на гомілці достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($11,50 \pm 2,32$ мм) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($17,25 \pm 6,65$ мм) порівняно із здоровими мезоморфами ($8,741 \pm 2,720$ мм) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($9,250 \pm 2,238$ мм) (рис. 3.92, див. табл. В.11).

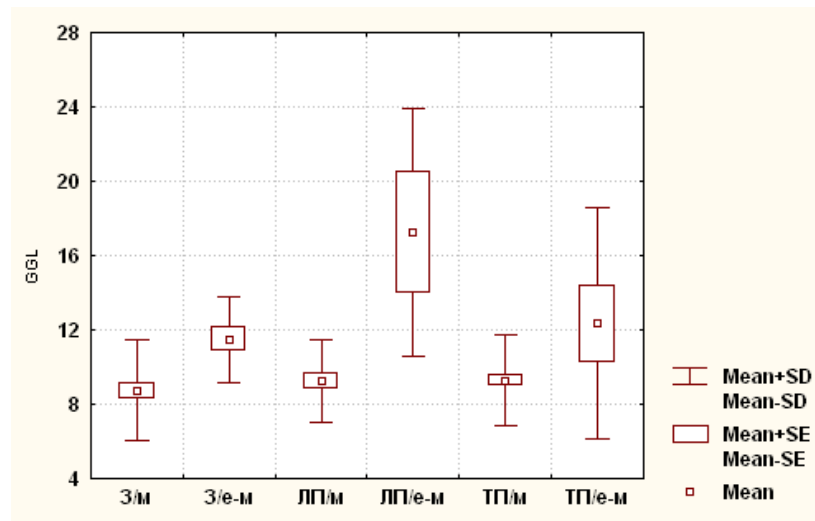


Рис. 3.92. Товщина шкірно-жирової складки на гомілці (GGL) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (мм).

3.2.3. Компоненти соматотипу та показники компонентного складу маси тіла.

Величина ендоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($4,426 \pm 0,634$ бал) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($6,823 \pm 1,149$ бал) порівняно із здоровими мезоморфами ($3,013 \pm 0,823$ бал) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($3,915 \pm 0,922$ бал) (рис. 3.93, див. табл. В.12).

Величина ендоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($3,915 \pm 0,922$ бал) і важким ($3,958 \pm 1,017$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($3,013 \pm 0,823$ бал). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$)

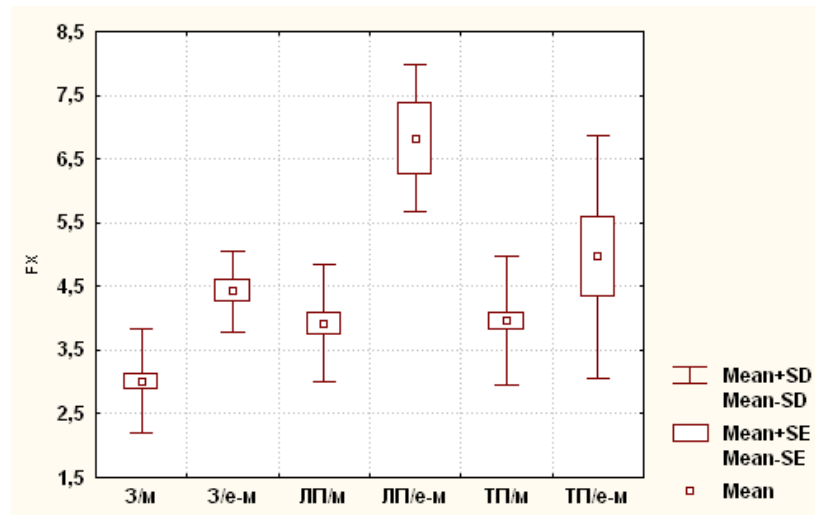


Рис. 3.93. Величина ендоморфного компоненту соматотипу (FX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал).

більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($6,823 \pm 1,149$ бал) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($4,426 \pm 0,634$ бал) і має тенденцію ($p=0,090$) до більших значень порівняно із чоловіками ендо-мезоморфами з важким перебігом псоріазу ($4,964 \pm 1,902$ бал) (див. рис. 3.93, див. табл. В.12).

Величина мезоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p<0,05$) менша у чоловіків ендо-мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($5,519 \pm 1,662$ бал) порівняно із мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($6,805 \pm 1,509$ бал) (рис. 3.94, див. табл. В.12).

Величина мезоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p<0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($6,589 \pm 1,226$ бал) і важким ($6,805 \pm 1,509$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($5,495 \pm 1,188$ бал). Зазначений параметр достовірно ($p<0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($6,985 \pm 1,650$ бал) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($4,878 \pm 0,852$ бал) (див. рис. 3.94, див. табл. В.12).

Величина ектоморфного компоненту соматотипу достовірно ($p<0,01-0,001$) менша у чоловіків мезоморфів з легким ($1,203 \pm 1,031$ бал) і важким ($0,828 \pm 0,739$ бал) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного

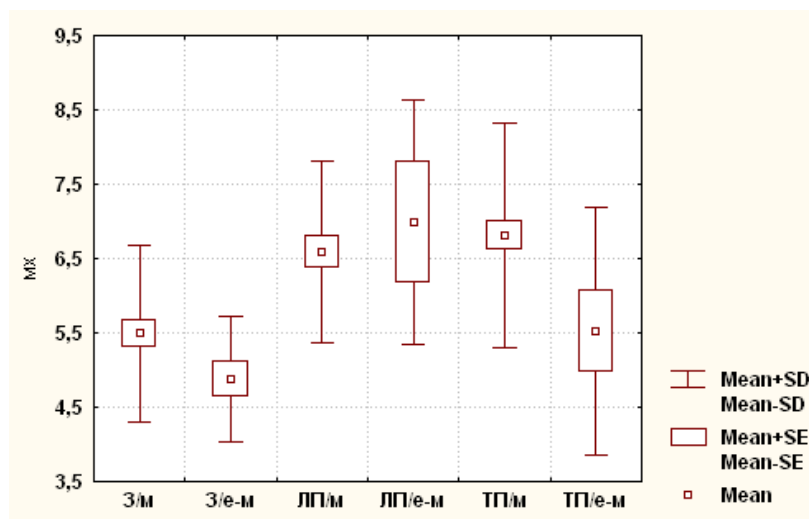


Рис. 3.94. Величина мезоморфного компоненту соматотипу (MX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал).

соматотипу ($1,873 \pm 0,780$ бал). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($0,493 \pm 0,502$ бал) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($1,713 \pm 0,704$ бал) (рис. 3.95, див. табл. В.12).

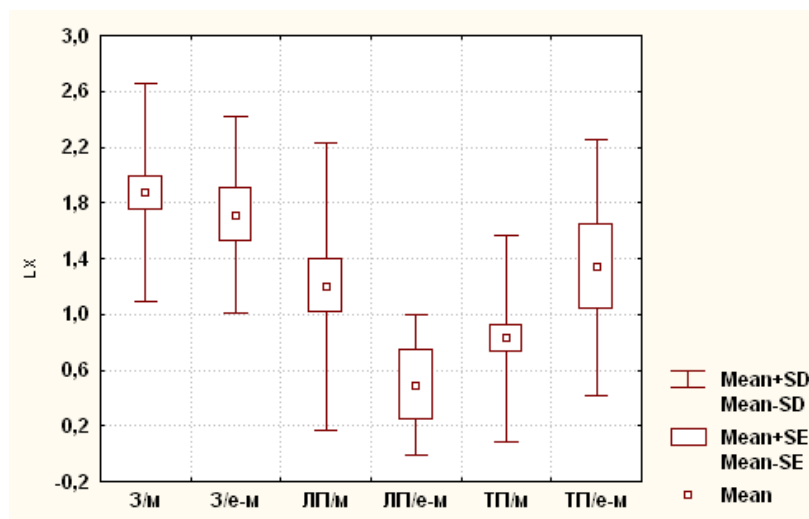


Рис. 3.95. Величина ектоморфного компоненту соматотипу (LX) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал).

Величина м'язового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,05$) менша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($32,98 \pm 3,38$ кг) порівняно із здоровими мезоморфами ($37,42 \pm 5,63$ кг) (рис. 3.96, див. табл. В.12).

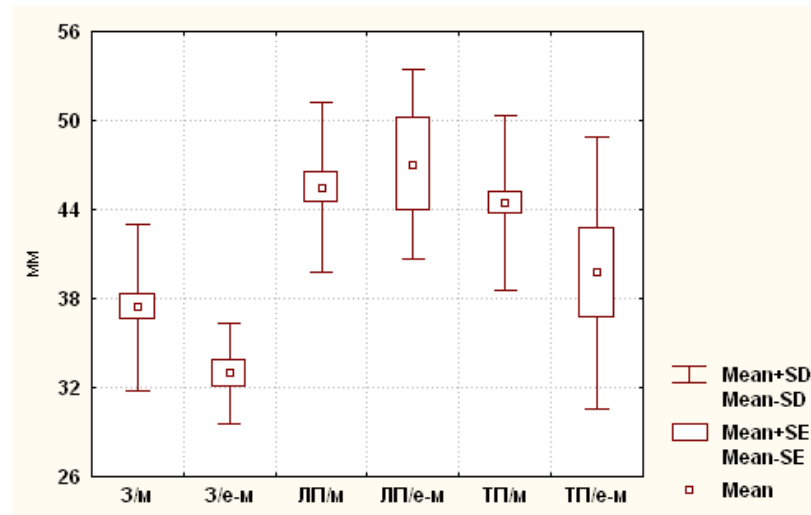


Рис. 3.96. Величина м'язового компоненту маси тіла (ММ) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (кг).

Величина м'язового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($45,50 \pm 5,67$ кг) і важким ($44,42 \pm 5,88$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($37,42 \pm 5,63$ кг). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,001$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($47,05 \pm 6,34$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($32,98 \pm 3,38$ кг) (див. рис. 3.96, див. табл. В.12).

Величина кісткового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,01-0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з легким ($12,17 \pm 1,39$ кг) і важким ($11,75 \pm 1,16$ кг) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($11,12 \pm 1,45$ кг). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($13,57 \pm 2,13$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($11,07 \pm 1,18$ кг) (рис. 3.97, див. табл. В.12).

Величина жирового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,01-0,001$) більша у здорових чоловіків ендо-мезоморфів ($14,80 \pm 1,80$ кг) і у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($24,82 \pm 7,25$ кг) порівняно із здоровими мезоморфами ($10,44 \pm 2,95$ кг) і мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу захворювання ($10,86 \pm 2,83$ кг) (рис. 3.98, див. табл. В.12).

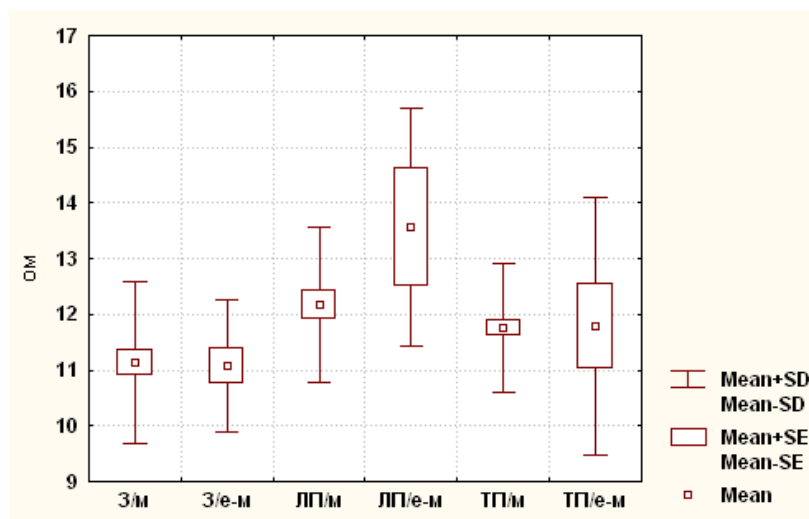


Рис. 3.97. Величина кісткового компоненту маси тіла (OM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (кг).

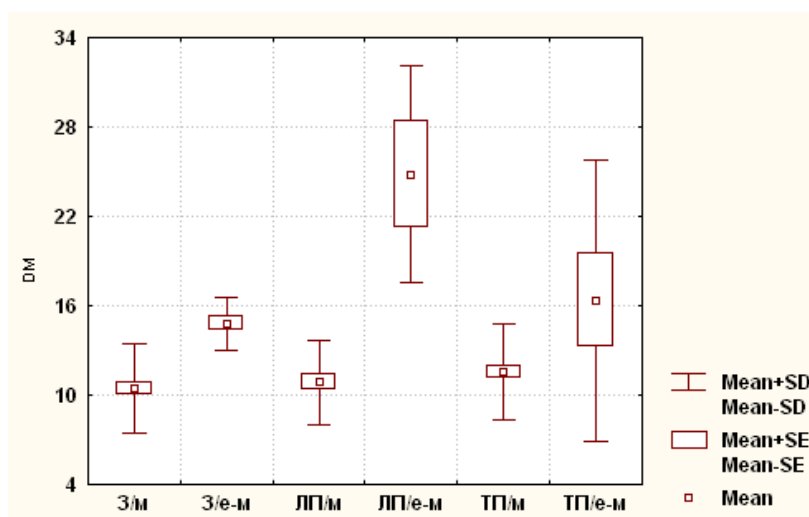


Рис. 3.98. Величина жирового компоненту маси тіла (DM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (кг).

Величина жирового компоненту маси тіла достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($11,55 \pm 3,25$ кг) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($10,44 \pm 2,95$ кг). Зазначений параметр достовірно ($p < 0,01$) більший у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($24,82 \pm 7,25$ кг) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($14,80 \pm 1,80$ кг) (див. рис. 3.98, див. табл. В.12).

Таким чином, в ході порівняльного аналізу антропометричних і соматотипологічних показників у чоловіків загальної групи та різних соматотипів хворих на псоріаз легкого і важкого перебігу встановлені достовірні та тенденції відмін-

ностей (окрім обхвату стопи, ТШЖС на передпліччі і гомілці, жирового компоненту маси тіла), які дозволять сформулювати критерії ризику і несприятливого прогнозу перебігу псоріатичного процесу та стануть цінним доповненням для вже існуючих діагностичних прогресивних технологій.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в трьох статтях у фахових наукових журналах України [81, 191, 192], двох статтях в закордонних фахових журналах (Польща) [189, 194] та в трьох тезах міжнародних науково-практичних конференцій [17, 18, 19].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ ЛЕГКОГО ТА ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ

4.1. Відмінності між здоровими та хворими чоловіками без урахування соматотипу

4.1.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості.

При порівнянні показника екстравертованості між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.1, табл. Г.1).

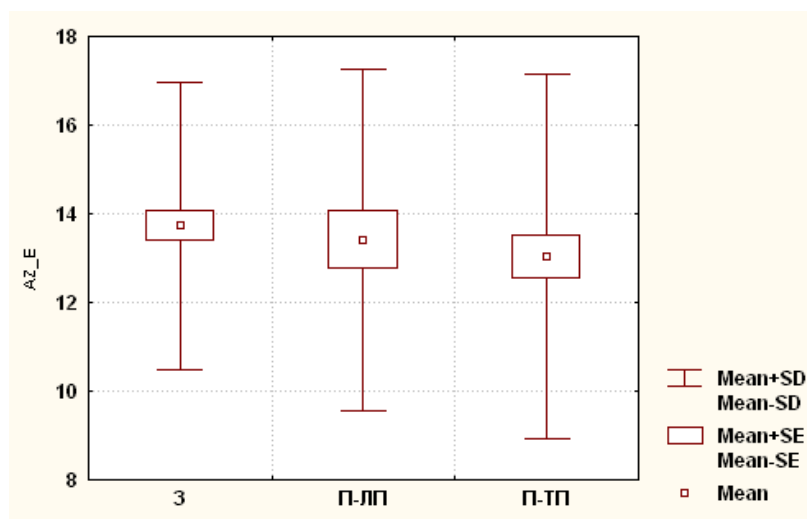


Рис. 4.1. Величина показника за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (AZ_E) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Встановлено, що відсоток осіб з потенційною інтравертованістю має тенденцію ($p=0,058$) до більших значень у хворих на псоріаз важкого перебігу (19,12 %) порівняно із здоровими досліджуваними (8,54 %) (табл. Г.2).

Величина показника *нейротизму* достовірно ($p < 0,01$ в обох випадках) менша у хворих на псоріаз із легким перебігом ($7,313 \pm 3,533$ бал.) порівняно із здоровими чоловіками ($10,29 \pm 5,52$ бал.) і хворими із важким перебігом дерматозу ($10,04 \pm 4,89$ бал.) (рис. 4.2, див. табл. Г.1).

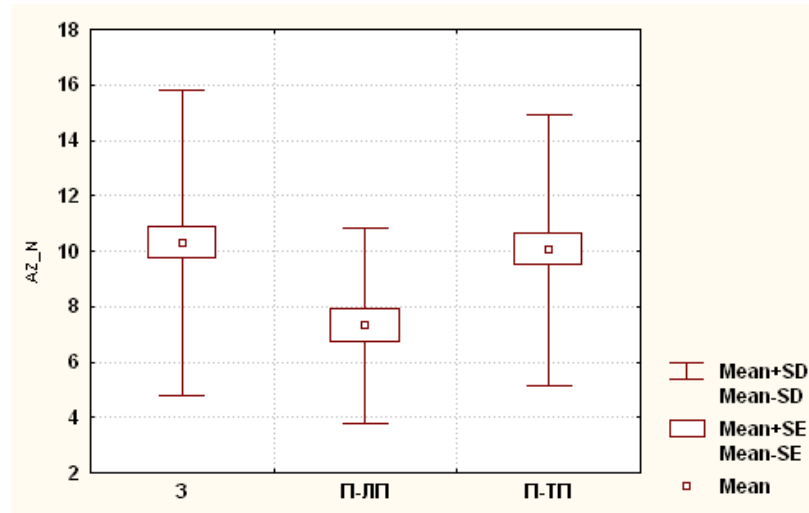


Рис. 4.2. Величина показника за шкалою нейротизму за Айзенком (AZ_N) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з *надто низьким рівнем нейротизму* має тенденцію ($p = 0,094$) до менших значень у хворих на псоріаз важкого перебігу (4,41%) порівняно із здоровими досліджуваними (12,20%). Відсоток осіб з *низьким рівнем нейротизму* достовірно ($p < 0,001$) більший у хворих на псоріаз легкого перебігу (50,00%) порівняно із здоровими досліджуваними (10,98%) і хворими з важким перебігом дерматозу (19,12%). Відсоток осіб із *середнім рівнем нейротизму* достовірно ($p < 0,001$) менший у хворих на псоріаз легкого перебігу (3,13%) порівняно із хворими з важким перебігом (22,06%) та має тенденцію ($p = 0,051$) до менших значень порівняно із здоровими досліджуваними (17,07%). Відсоток осіб із *потенційно високим рівнем нейротизму* має тенденцію ($p = 0,066$) до менших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (3,13%) порівняно із здоровими досліджуваними (15,85%) (див. табл. Г.2).

Встановлено, що величина показника нещирості достовірно ($p < 0,01$) більша у хворих з легким перебігом ($5,594 \pm 2,061$ бал.) і важким перебігом дерматозу ($4,806 \pm 2,210$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними ($3,329 \pm 1,078$ бал.) (рис. 4.3, див. табл. Г.1).

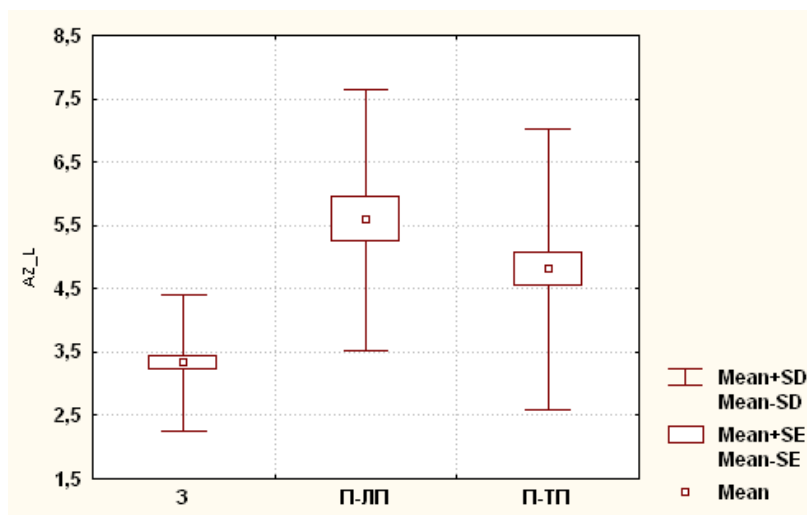


Рис. 4.3. Величина показника за шкалою нещирості за Айзенком (AZ_L) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб, які відповідали нещиро, достовірно ($p < 0,05$) більший у хворих на псоріаз легкого перебігу (87,50 %) порівняно із здоровими досліджуваними (64,63 %) і хворими з важким перебігом (66,18 %) (див. табл. Г.2).

Встановлено, що величина показника *ситуативної тривожності* має тенденцію до більших ($p = 0,097$) значень у хворих з важким перебігом захворювання ($41,93 \pm 8,14$ бал.) порівняно із хворими з легким перебігом псоріазу ($38,75 \pm 7,65$ бал.) (рис. 4.4, див. табл. Г.1).

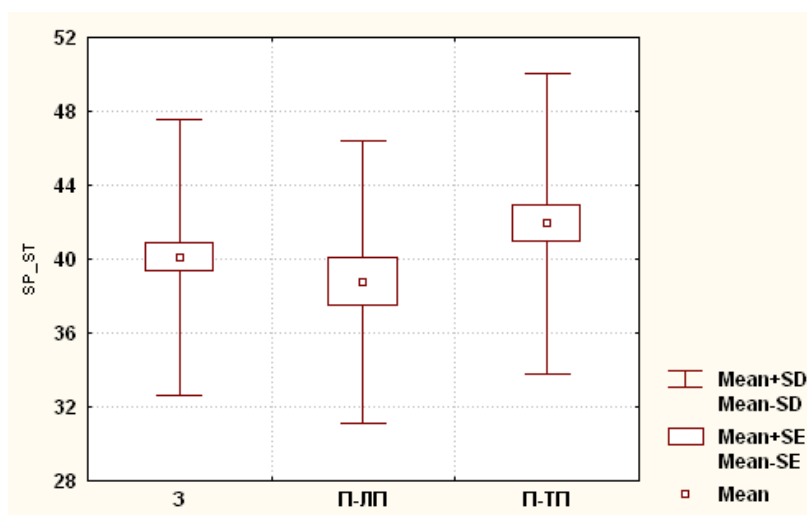


Рис. 4.4. Величина показника ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (SP_ST) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб із низьким рівнем ситуативної тривожності має тенденцію

($p=0,063$) до більших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (12,50 %) порівняно із хворими з важким перебігом захворювання (2,94 %). Відсоток осіб із середнім рівнем ситуативної тривожності достовірно ($p<0,05$) менший у хворих на псоріаз легкого перебігу (55,13 %) порівняно із групою контролю (73,17 %) (див. табл. Г.2).

Встановлено, що величина показника особистісної тривожності достовірно ($p<0,05$ в обох випадках) менша у хворих з легким перебігом захворювання ($35,19\pm 7,31$ бал.) порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу ($39,42\pm 9,94$ бал.) та з здоровими досліджуваними ($38,47\pm 7,21$ бал.) (рис. 4.5, див. табл. Г.1).

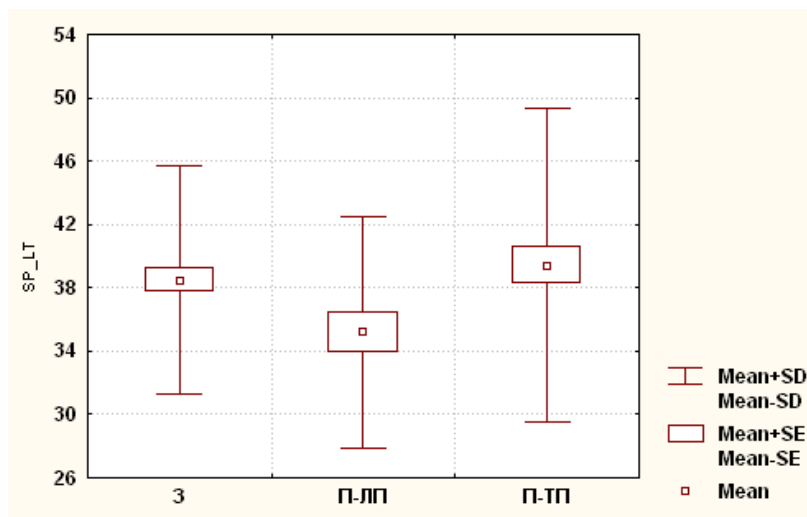


Рис. 4.5. Величина показника особистісної тривожності за Спілбергером (SP_LT) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб із низьким рівнем особистісної тривожності має тенденцію ($p=0,073$) до більших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (21,88 %) порівняно із хворими з важким перебігом захворювання (8,82 %) (див. табл. Г.2).

4.1.2. Вираженість і особливості акцентуєваних рис особистості.

При порівнянні показника акцентуації характеру гіпертичного типу за Шмішеком між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахування соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.6, табл. Г.3).

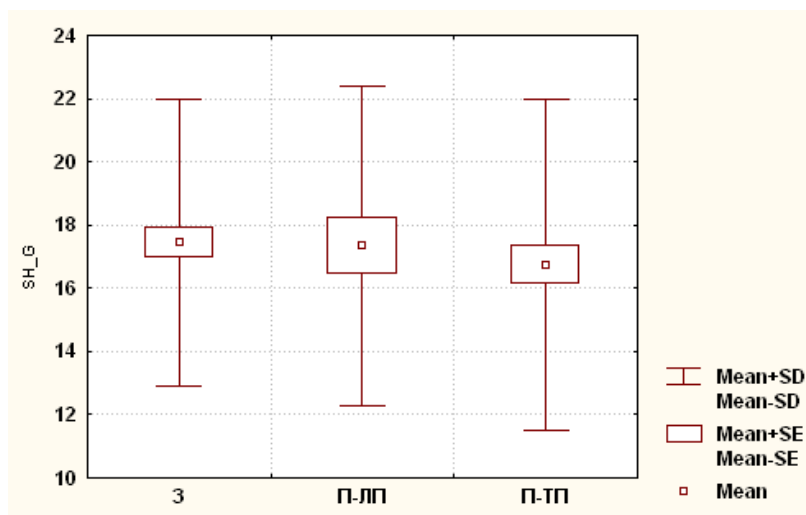


Рис. 4.6. Величина показника акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (SH_G) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Встановлено, що величина показника *акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком* має тенденцію до більших ($p=0,058$) значень у хворих з важким перебігом захворювання ($13,40 \pm 2,91$ бал.) порівняно із хворими з легким перебігом псоріазу ($12,00 \pm 3,73$ бал.) (рис. 4.7, див. табл. Г.3).

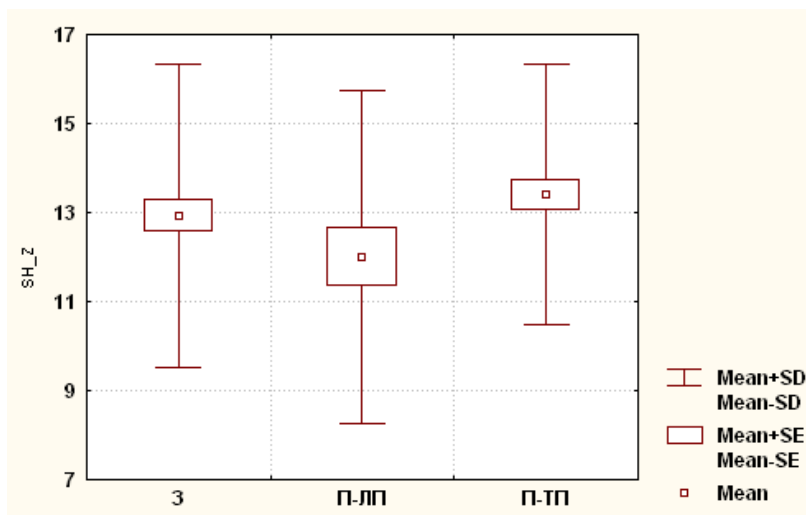


Рис. 4.7. Величина показника акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (SH_Z) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за застрягаючим типом* достовірно ($p < 0,05$) менший у хворих на псоріаз важкого перебігу (39,71 %) порівняно із хворими з легким перебігом дерматозу (62,50 %). Відсоток осіб з

наявністю *схильності до розвитку акцентуації характеру за застрягаючим типом* достовірно ($p < 0,05$) більший у хворих на псоріаз важкого перебігу (55,88 %) порівняно із хворими з легким перебігом дерматозу (34,38 %) (табл. Г.4).

При порівнянні *показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком* між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.8, див. табл. Г.3).

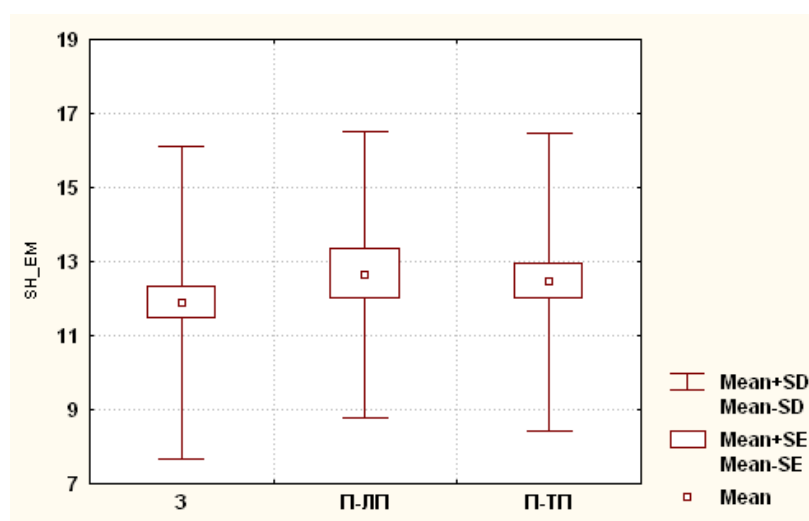


Рис. 4.8. Величина показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (SH_LEM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з наявністю *схильності до розвитку акцентуації характеру за емотивним типом* має тенденції ($p = 0,093-0,094$) до більших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (50,00 %) порівняно із хворими з важким перебігом дерматозу (32,35 %) і групою контролю (32,93 %) (див. табл. Г.4).

При порівнянні *показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком* між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.9, див. табл. Г.3).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за педантичним типом* має тенденції ($p = 0,069-0,094$) до більших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (75,00 %) і порівняно із хворими з важким перебігом захворювання (55,88 %) і групою контролю (57,32 %). Відсоток осіб із *схильністю до розвитку*

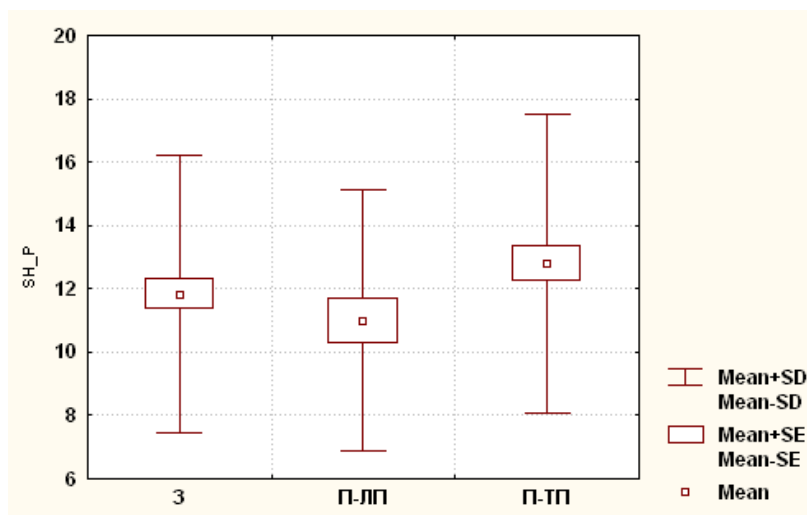


Рис. 4.9. Величина показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (SH_P) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

акцентуації за педантичним типом має тенденцію ($p=0,083$) до менших значень у хворих на псоріаз легкого перебігу (21,88 %) порівняно із групою контролю (39,02 %) (див. табл. Г.4).

При порівнянні показника акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.10, див. табл. Г.3).

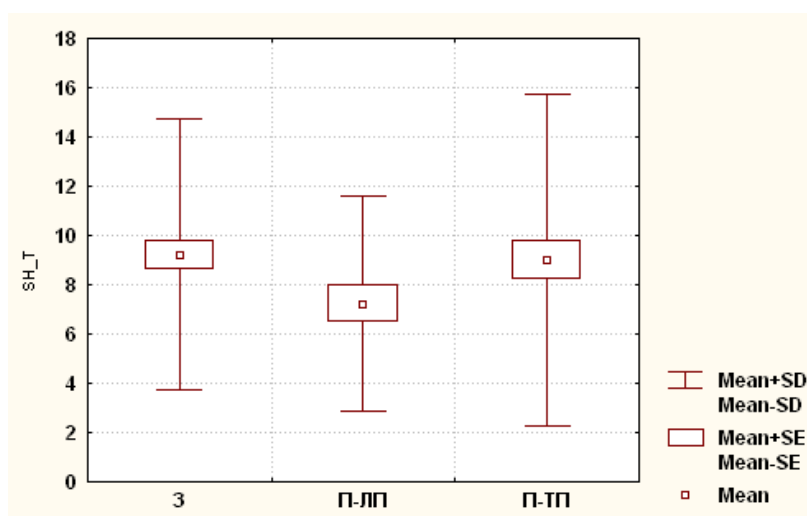


Рис. 4.10. Величина показника акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (SH_T) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за тривожним типом достовірно ($p < 0,05$) більший у хворих на псоріаз легкого перебігу (96,88 %) порівняно із хворими з важким перебігом (82,35 %) і групою контролю (76,83 %). Відсоток осіб із схильністю до розвитку акцентуації за даним типом достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у здорових досліджуваних (21,95 %) порівняно із хворими з легким (3,13 %) і важким (1,47 %) перебігом псоріазу. Відсоток осіб з наявністю акцентуації характеру за тривожним типом достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у чоловіків з важким перебігом псоріазу (14,71 %) порівняно із хворими з легким перебігом дерматозу (0 %) і здоровими досліджуваними (1,22 %) (див. табл. Г.4).

Встановлено, що величина показника акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком достовірно ($p < 0,001$) менша у хворих з легким перебігом захворювання ($9,469 \pm 3,967$ бал.) і має тенденцію до менших ($p = 0,074$) значень у хворих з важким перебігом захворювання ($11,46 \pm 5,22$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними ($12,95 \pm 5,27$ бал.). Даний показник має тенденцію до менших ($p = 0,061$) значень у хворих з легким перебігом захворювання ($9,469 \pm 3,967$ бал.) порівняно із досліджуваними з важким перебігом псоріазу ($11,46 \pm 5,22$ бал.) (рис. 4.11, див. табл. Г.3).

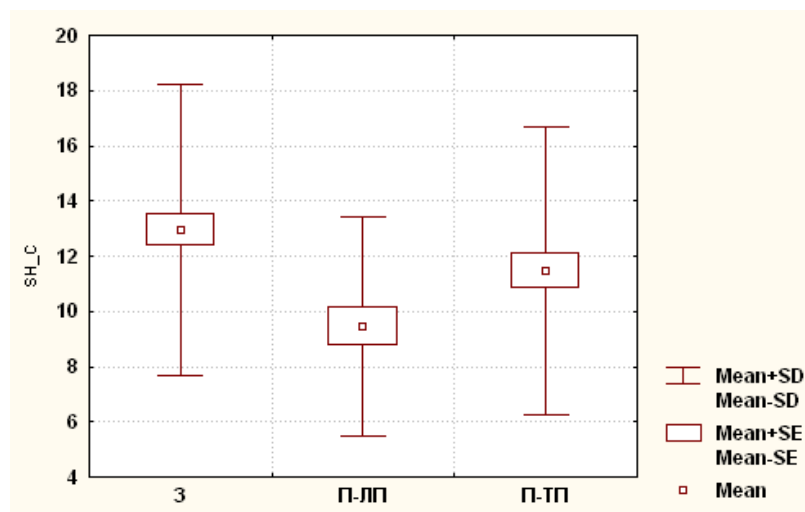


Рис. 4.11. Величина показника акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (SH_C) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за циклотимним ти-

ном достовірно ($p < 0,05-0,001$) більший у хворих на псоріаз легкого перебігу (87,50 %) порівняно із хворими з важким перебігом (66,18 %) і групою контролю (53,66 %). Відсоток осіб із схильністю до розвитку акцентуації за даним типом достовірно ($p < 0,01$) менший у хворих з легким перебігом дерматоза (9,38 %) порівняно із здоровими особами (35,37 %) і має тенденцію ($p = 0,072$) до більших значень порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу (25,00 %) (див. табл. Г.4).

При порівнянні показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.12, див. табл. Г.3).

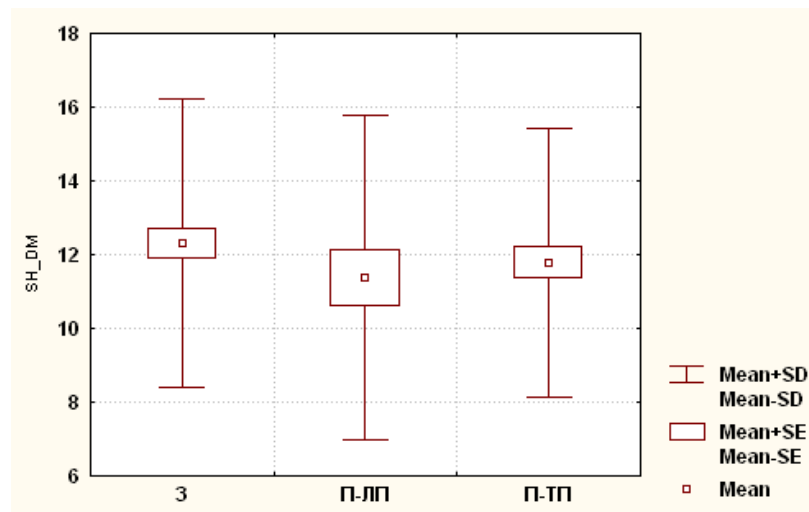


Рис. 4.12. Величина показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (SH_DM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Встановлено, що величина показника акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком достовірно ($p < 0,05-0,01$) менша у хворих з легким (8,625 ± 5,988 бал.) і важким перебігом захворювання (10,07 ± 6,26 бал.) порівняно із здоровими досліджуваними (12,40 ± 5,27 бал.) (рис. 4.13, див. табл. Г.3).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за збудливим типом достовірно ($p < 0,05$) більший у хворих на псоріаз легкого перебігу (78,13 %) порівняно із групою контролю (54,88 %). Відсоток осіб із схильністю до розвитку акцентуації за даним типом достовірно ($p < 0,05$ в обох випадках) більший у здо-

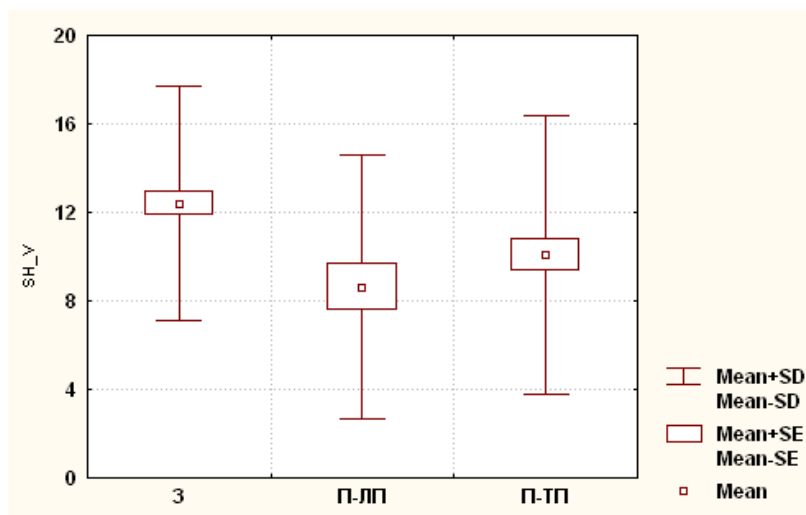


Рис. 4.13. Величина показника акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (SH_V) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

рових осіб (37,80 %) порівняно із хворими з легким (15,63 %) і важким (22,06 %) перебігом псоріазу (див. табл. Г.4).

Встановлено, що величина показника *акцентуації характеру дистимічного типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) більша у хворих з важким перебігом захворювання ($9,761 \pm 5,126$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними ($7,902 \pm 4,123$ бал.) (рис. 4.14, див. табл. Г.3).

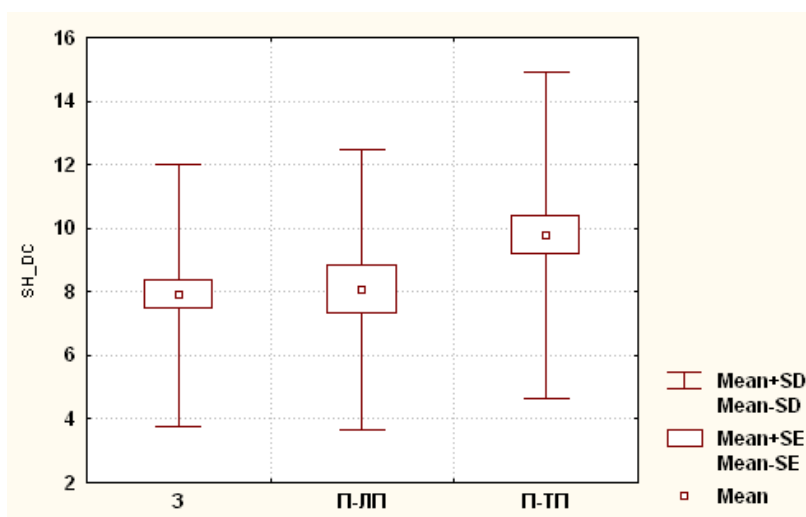


Рис. 4.14. Величина показника акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (SH_DC) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з наявністю акцентуації характеру за дистимічним типом

достовірно ($p < 0,05$) більший у чоловіків з важким перебігом псоріазу (7,35 %) порівняно із здоровими досліджуваними (0 %) (див. табл. Г.4).

При порівнянні показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахування соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.15, див. табл. Г.3).

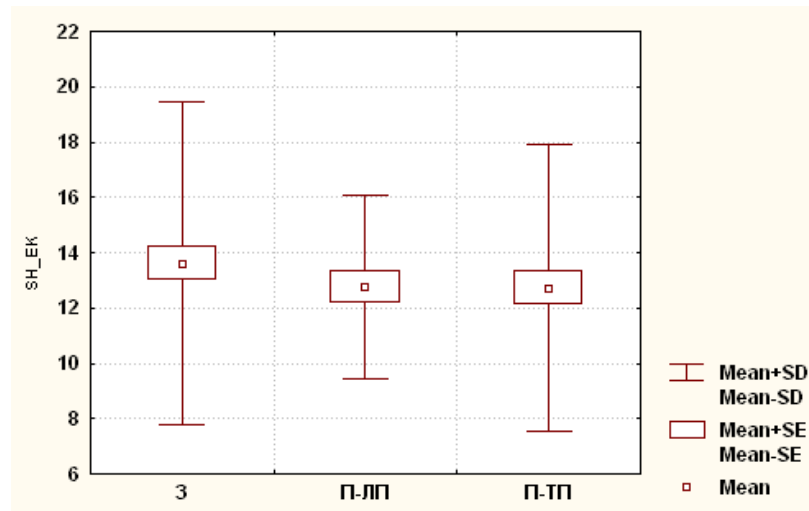


Рис. 4.15. Величина показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (SH_EK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Відсоток осіб з наявністю акцентуації характеру за екзальтованим типом достовірно ($p < 0,05$) менший у чоловіків з легким перебігом псоріазу (0 %) порівняно із здоровими досліджуваними (14,63 %) (див. табл. Г.4).

4.1.3. Визначення показників рівня суб'єктивного контролю.

При порівнянні показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахування соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.16, табл. Г.5).

При порівнянні показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахування соматотипу не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (рис. 4.17, див. табл. Г.5).

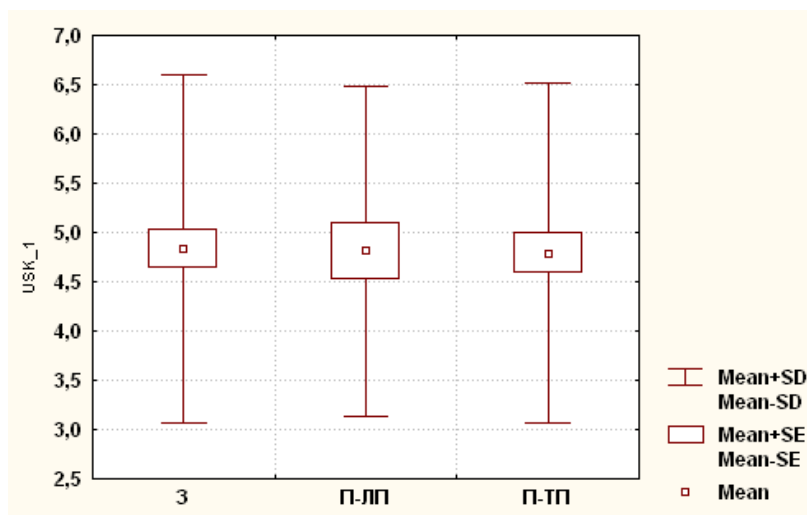


Рис. 4.16. Величина показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (USK_1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

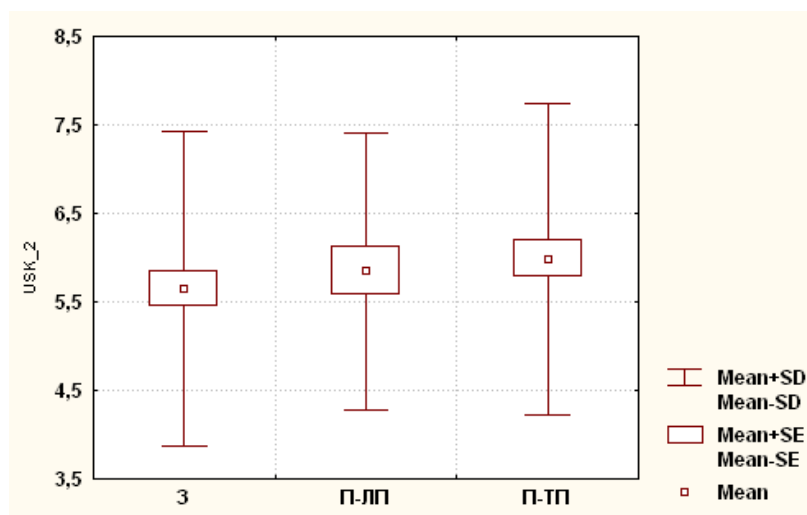


Рис. 4.17. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (USK_2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером має тенденцію ($p=0,067$) до зниження інтернальності в групі з важким перебігом псоріазу ($4,582 \pm 1,819$ ст.) порівняно із групою контролю ($5,130 \pm 1,794$ ст.) (рис. 4.18, див. табл. Г.5).

При порівнянні показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням сома-

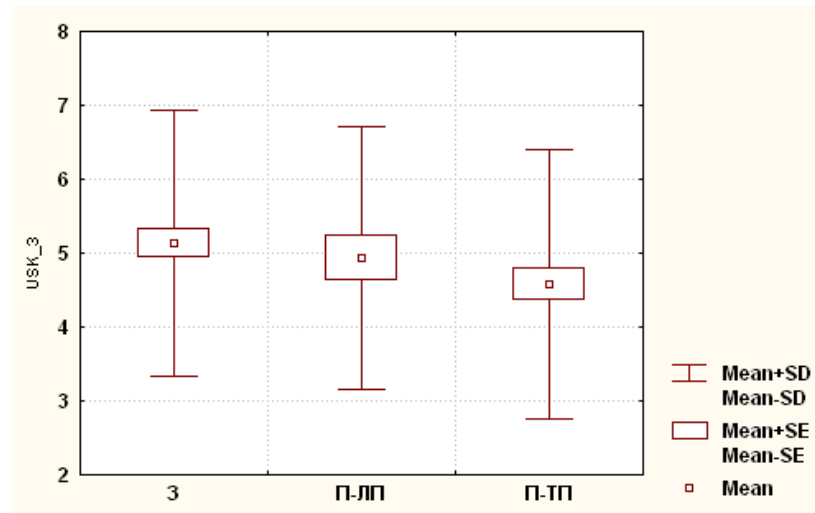


Рис. 4.18. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (USK_3) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

тотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.19, див. табл. Г.5).

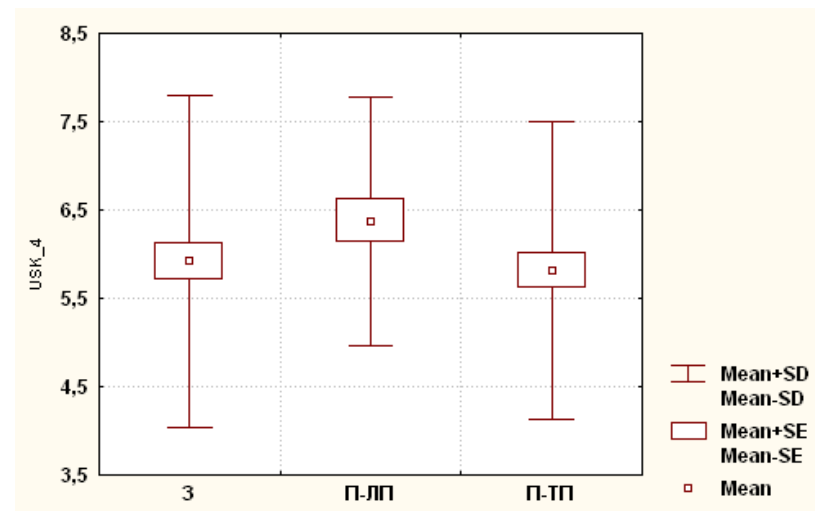


Рис. 4.19. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (USK_4) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

При порівнянні показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером між здоровими чоловіками і хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.20, див. табл. Г.5).

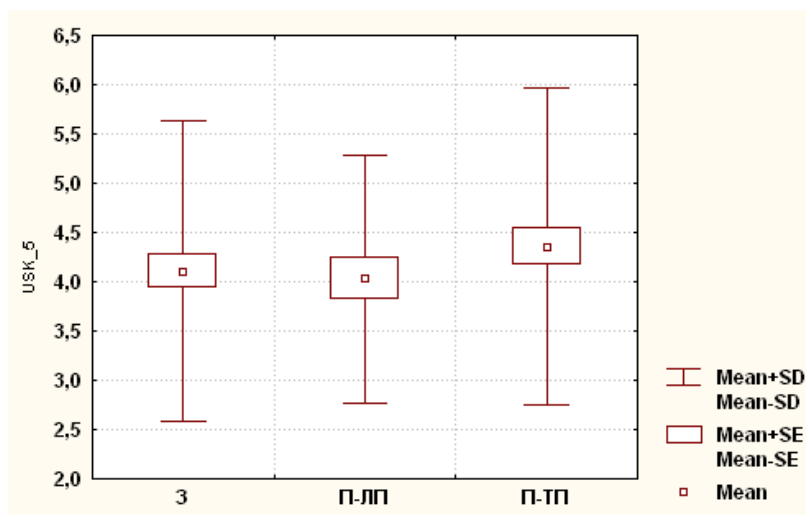


Рис. 4.20 Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (USK_5) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Встановлено достовірне ($p < 0,05$ в обох випадках) зниження *рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером* у хворих з легким ($5,469 \pm 1,244$ ст.) і важким ($5,552 \pm 1,560$ ст.) перебігом псоріазу порівняно із здоровими чоловіками ($6,221 \pm 1,722$ ст.) (рис. 4.21, див. табл. Г.5).

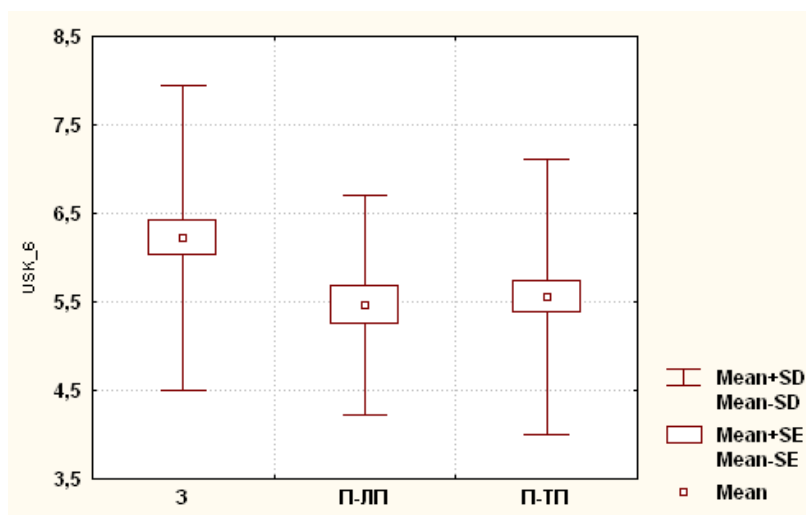


Рис. 4.21. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (USK_6) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

Встановлено достовірне ($p < 0,001$ в обох випадках) зниження *рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером* у хворих з легким ($5,000 \pm 1,295$ ст.) і важким ($5,045 \pm 1,482$ ст.) перебігом псоріазу порівняно із здоро-

вими чоловіками ($6,182 \pm 1,812$ ст.) (рис. 4.22, див. табл. Г.5).

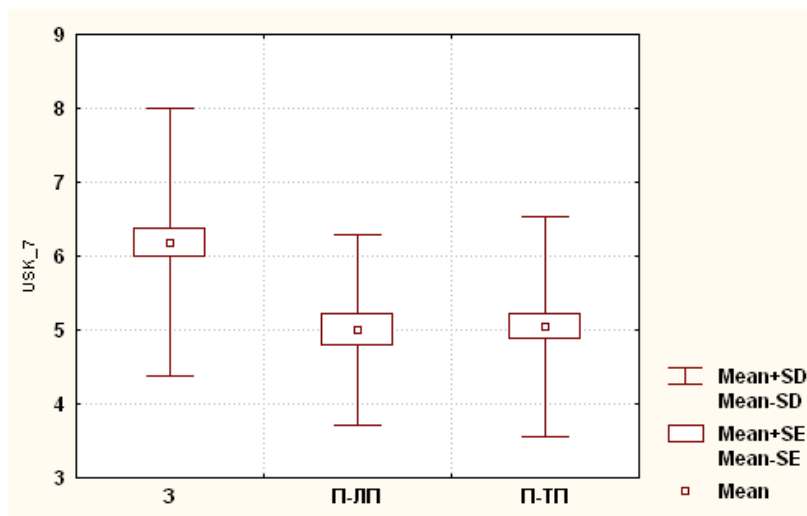


Рис. 4.22 Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (USK_7) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (бал.).

4.2. Відмінності між здоровими хворими чоловіками мезоморфного та/або ендо-мезоморфного соматотипів

4.2.1. Оцінка провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості.

При порівнянні показника за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.23, табл. Г.6).

Відсоток осіб з потенційною інтравертованістю має тенденцію ($p=0,089$) до більших значень у ендо-мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (22,22 %), порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу (0 %) (рис. 4.23, табл. Г.7).

Встановлено, що рівень нейротизму достовірно ($p<0,05$) менший у хворих з легким перебігом псоріазу мезоморфів ($7,536 \pm 3,707$ бал.) і має тенденцію ($p=$

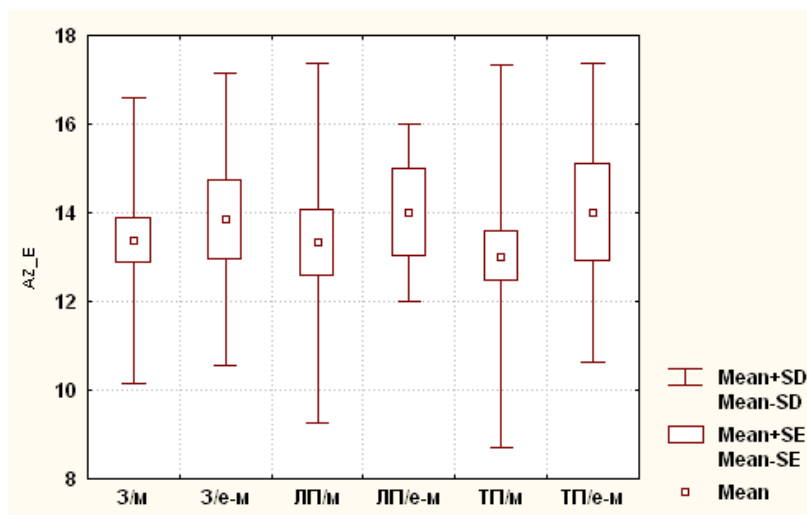


Рис. 4.23. Величина показника за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (AZ_E) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендомезоморфного соматотипів (бал.).

0,079) до менших значень у хворих ендомезоморфів ($5,750 \pm 1,258$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу ($9,539 \pm 4,839$ бал.; $9,846 \pm 5,414$ бал.). Величина даного показника достовірно ($p < 0,01$) більша у хворих мезоморфів з важким перебігом ($10,31 \pm 5,04$ бал.) порівняно із хворими аналогічного соматотипу з легким перебігом ($7,536 \pm 3,707$ бал.) (рис. 4.24, див. табл. Г.6).

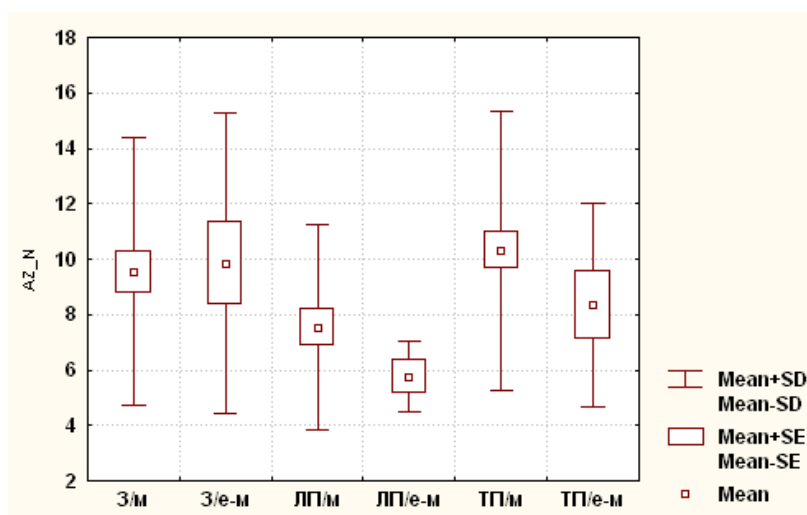


Рис. 4.24. Величина показника за шкалою нейротизму за Айзенком (AZ_N) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендомезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб з дуже низьким рівнем нейротизму має тенденцію ($p = 0,098$)

до менших значень у мезоморфів, хворих на псоріаз легкого перебігу (3,64 %) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу (12,82%). Відсоток осіб з *низьким рівнем нейротизму* достовірно ($p < 0,05$) більший у мезоморфів (46,43 %) і ендо-мезоморфів (75,00 %), хворих на псоріаз легкого перебігу порівняно із здоровими досліджуваними аналогічних соматотипів (10,26 % і 15,38 %) та порівняно із хворими мезоморфами і ендо-мезоморфами з важким перебігом дерматозу (18,18 % і 11,11 %). Відсоток осіб із *середнім рівнем нейротизму* достовірно ($p < 0,05$) менший у мезоморфів, хворих на псоріаз легкого перебігу (3,57 %), порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу (23,08 %) та хворими мезоморфами з важким перебігом дерматозу (20,00 %). Відсоток осіб із *надто високим рівнем нейротизму* має тенденцію ($p = 0,092$) до менших значень у здорових мезоморфів (3,13 %) порівняно із здоровими ендо-мезоморфами (15,85 %) (див. табл. Г.7).

Встановлено, що величина *показника нещирості* має тенденцію до більших ($p = 0,079$) значень у хворих мезоморфів з важким перебігом хвороби ($5,000 \pm 2,181$ бал.) порівняно із хворими ендо-мезоморфами з аналогічною тяжкістю перебігу псоріазу ($3,556 \pm 2,242$ бал.). Показник нещирості достовірно ($p < 0,001$ в обох випадках) більший у хворих мезоморфів з легким ($5,571 \pm 2,168$ бал.) і важким перебігом дерматозу ($5,000 \pm 2,181$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу ($3,333 \pm 1,108$ бал.). Даний показник достовірно ($p < 0,05$) більший у хворих ендо-мезоморфів з легким перебігом ($5,750 \pm 1,258$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу ($3,308 \pm 1,182$ бал.) (рис. 4.25, див. табл. Г.6).

Відсоток осіб, які відповідали нещиро, мав тенденції ($p = 0,082-0,084$) до більших значень у хворих на псоріаз мезоморфів легкого перебігу (85,71 %) порівняно із здоровими досліджуваними (69,23 %) та у хворих на дерматоз ендо-мезоморфів з легким перебігом (100 %) порівняно із хворими аналогічного соматотипу з важким перебігом недуги (44,44 %) (див. табл. Г.7).

Встановлено, що *показник ситуативної тривожності* достовірно ($p < 0,01$) більший у хворих мезоморфів з важким перебігом дерматозу ($42,37 \pm 8,58$ бал.)

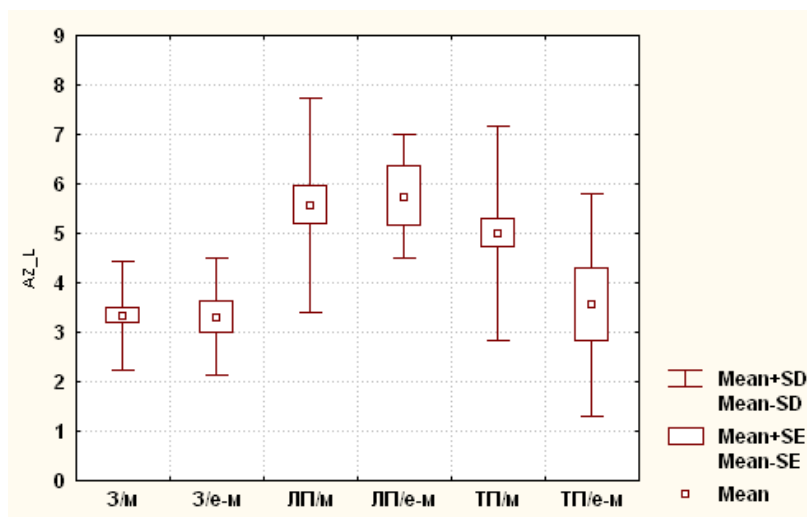


Рис. 4.25. Величина показника за шкалою нещирості за Айзенком (AZ_L) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу ($38,13 \pm 6,40$ бал.) (рис. 4.26, див. табл. Г.6).

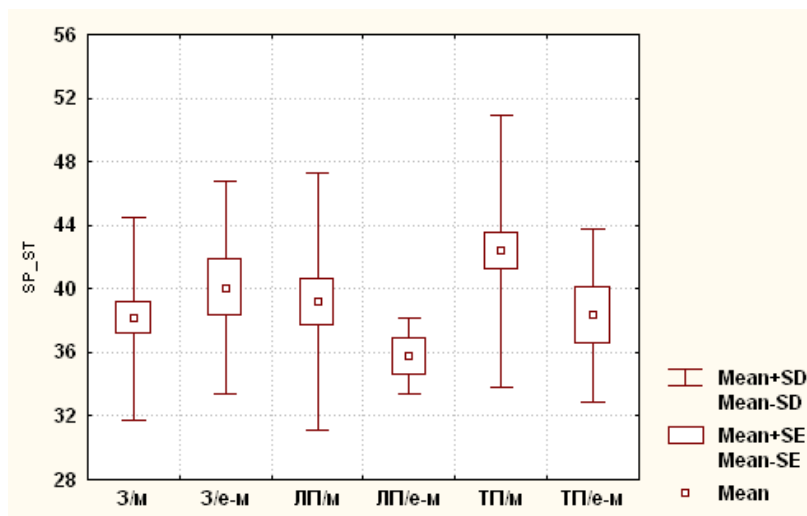


Рис. 4.26. Величина показника ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (SP_ST) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб із *низьким рівнем ситуативної тривожності* має тенденцію ($p=0,080$) до більших значень у хворих на псоріаз мезоморфів легкого перебігу (14,29%) порівняно із хворими з важким перебігом недуги аналогічного соматотипу (3,64%). Відсоток осіб із *середнім рівнем ситуативної тривожності* достовірно ($p<0,05$) більший у ендо-мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу

(100%), і має тенденцію ($p=0,054$) до більших значень у ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу порівняно із мезоморфами з відповідною тяжкістю перебігу захворювання (63,64% і 46,43%). Відсоток осіб із *середнім рівнем ситуативної тривожності* достовірно ($p<0,05$) менший у мезоморфів, хворих на псоріаз легкого перебігу (46,43%) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу (79,92%). *Високий рівень ситуативної тривожності* визначається достовірно частіше у мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (30,91%) порівняно із ендо-мезоморфами з відповідною тяжкістю перебігу захворювання (0%) (див. табл. Г.7).

Показник особистісної тривожності має тенденцію ($p=0,091$) до більших значень у здорових мезоморфів ($38,26\pm 6,65$ бал.) порівняно із здоровими ендо-мезоморфами ($34,92\pm 8,36$ бал.). Даний показник достовірно ($p<0,05$) менший у хворих мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($35,57\pm 7,61$ бал.) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу ($38,26\pm 6,65$ бал.) і має тенденцію ($p=0,067$) до менших значень порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу ($39,96\pm 10,23$ бал.) (рис. 4.27, див. табл. Г.6).

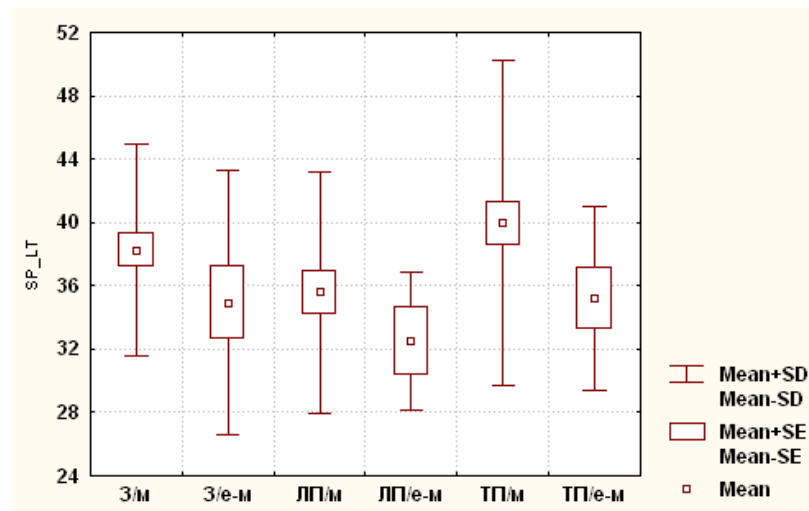


Рис. 4.27. Величина показника особистісної тривожності за Спілбергером (SP_LT) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб із *низьким рівнем особистісної тривожності* достовірно ($p<0,05$) більший у здорових ендо-мезоморфів (46,15%) порівняно із здоровими мезоморфами (12,82%). Відсоток осіб із *низьким рівнем особистісної тривожно-*

сті має тенденцію ($p=0,087$) до менших значень у мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (5,45%) порівняно із хворими ендо-мезоморфами з аналогічним перебігом хвороби (22,22%). Відсоток осіб із низьким рівнем особистісної тривожності має тенденцію ($p=0,074$) до більших значень у мезоморфів, хворих на псоріаз легкого перебігу (17,86%), порівняно із хворими аналогічного соматотипу з важким перебігом захворювання (5,45%). Відсоток осіб із *середнім рівнем особистісної тривожності* достовірно ($p<0,05$) менший у здорових ендо-мезоморфів (30,47%) порівняно із здоровими мезоморфами (71,79%). Середній рівень ситуативної тривожності визначається достовірно ($p<0,05$) частіше у ендо-мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (77,78%), порівняно із здоровими ендо-мезоморфами (30,77%) (див. табл. Г.7).

4.2.2. Вираженість і особливості акцентуєваних рис особистості.

При порівнянні *показника акцентуації характеру гіпертичного типу за Шмішеком* між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.28, табл. Г.8).

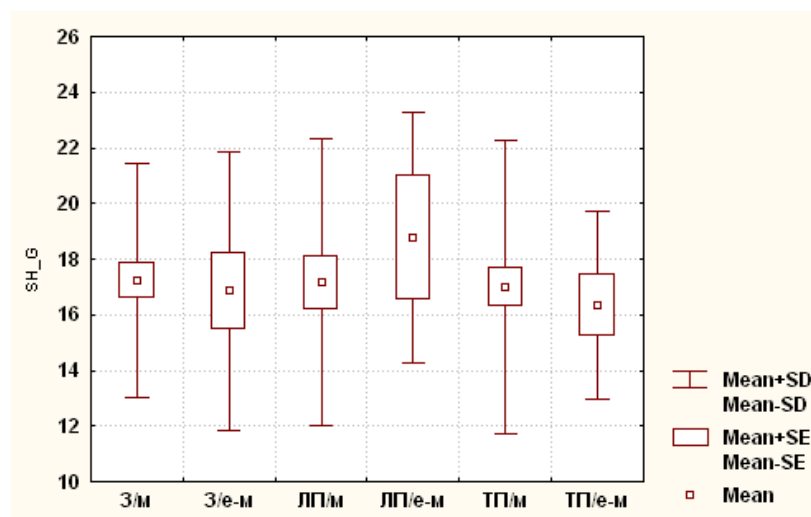


Рис. 4.28. Величина показника акцентуації характеру гіпертичного типу за Шмішеком (SH_G) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Величина показника *акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком* має тенденцію ($p=0,057$) до менших значень у хворих мезоморфів з лег-

ким перебігом дерматозу ($11,93 \pm 3,91$ бал.) порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу ($13,52 \pm 2,66$ бал.) (рис. 4.29, див. табл. Г.8).

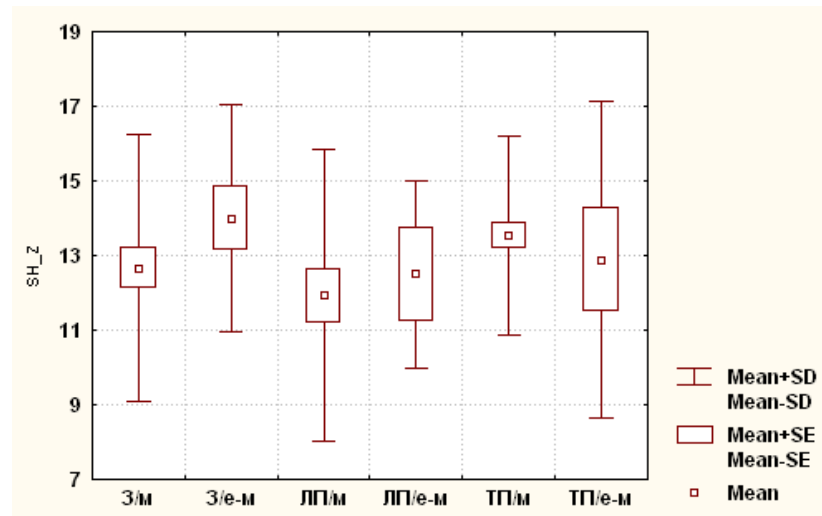


Рис. 4.29. Величина показника акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (SH_Z) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за застрягаючим типом має тенденцію ($p=0,055$) до більших значень у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу (60,71 %) порівняно із чоловіками мезоморфами з важким перебігом дерматозу (38,18 %). Відсоток осіб із схильністю до розвитку акцентуації за даним типом має тенденцію ($p=0,059$) до менших значень у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу (35,71 %) порівняно із чоловіками мезоморфами з важким перебігом дерматозу (58,18 %) (табл. Г.9).

При порівнянні показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.30, див. табл. Г.8).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за емотивним типом має тенденцію ($p=0,083$) до менших значень у чоловіків мезоморфів з важким перебігом псоріазу (58,18 %) порівняно із чоловіками ендо-мезоморфами з аналогічним перебігом захворювання (88,89 %) (див. табл. Г.9).

Величина показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком достовірно ($p < 0,05$) менша у хворих ендо-мезоморфів з легким перебігом

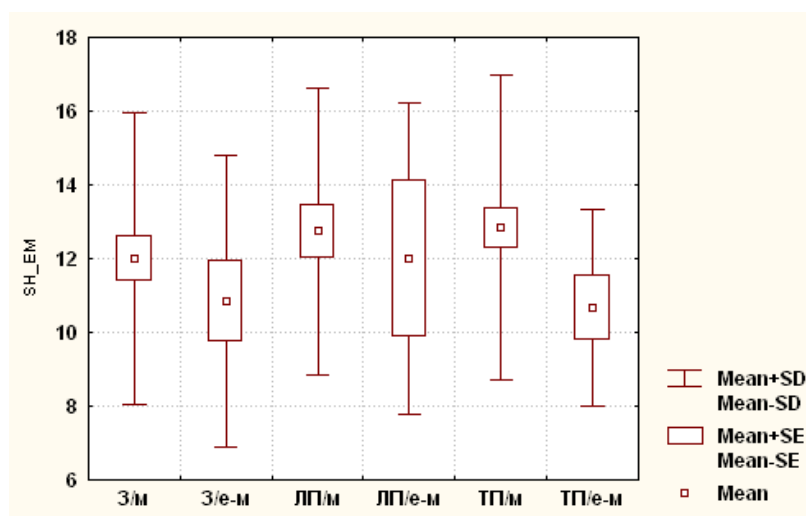


Рис. 4.30. Величина показника акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (SH_EM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

дерматозу ($7,500 \pm 1,915$ бал.) порівняно із здоровими ендо-мезоморфами ($12,21 \pm 3,78$ бал.). Даний показник достовірно більший у мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($11,50 \pm 4,13$ бал.) порівняно із ендо-мезоморфами з аналогічним перебігом псоріазу ($7,500 \pm 1,915$ бал.) (рис. 4.31, див. табл. Г.8).

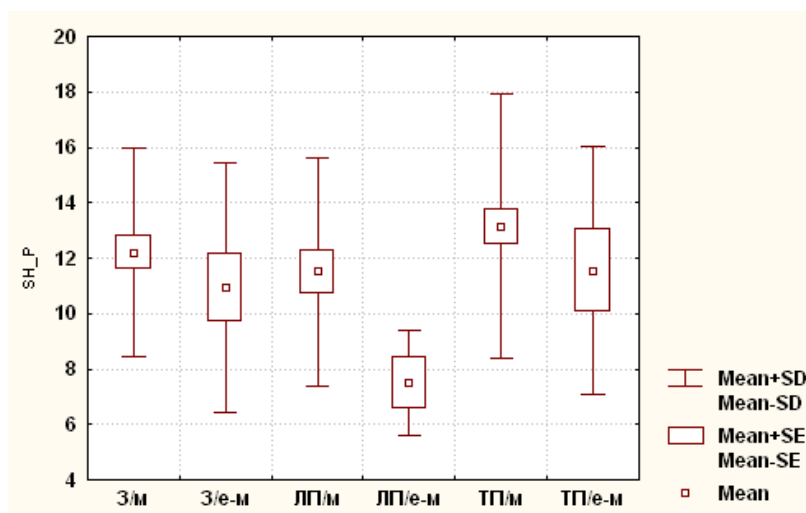


Рис. 4.31. Величина показника акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (SH_P) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб зі схильністю до розвитку акцентуації характеру за педантичним типом достовірно ($p < 0,05$) більший у здорових мезоморфів (48,72 %)

порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (15,38 %) і має тенденцію ($p=0,054$) до більших значень порівняно із хворими з легким перебігом аналогічного соматотипу (25,00 %). Відсоток осіб із *схильністю до розвитку акцентуації за педантичним типом* має тенденції ($p=0,086-0,056$) до менших значень у здорових мезоморфів (0 %) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами (7,69 %) і порівняно із хворими з важким перебігом захворювання аналогічного соматотипу (9,09 %) (див. табл. Г.9).

Величина показника *акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком* має тенденцію ($p=0,098$) до менших значень у хворих мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($7,286\pm 4,337$ бал.) порівняно із здоровими мезоморфами ($9,692\pm 5,262$ бал.) (рис. 4.32, див. табл. Г.8).

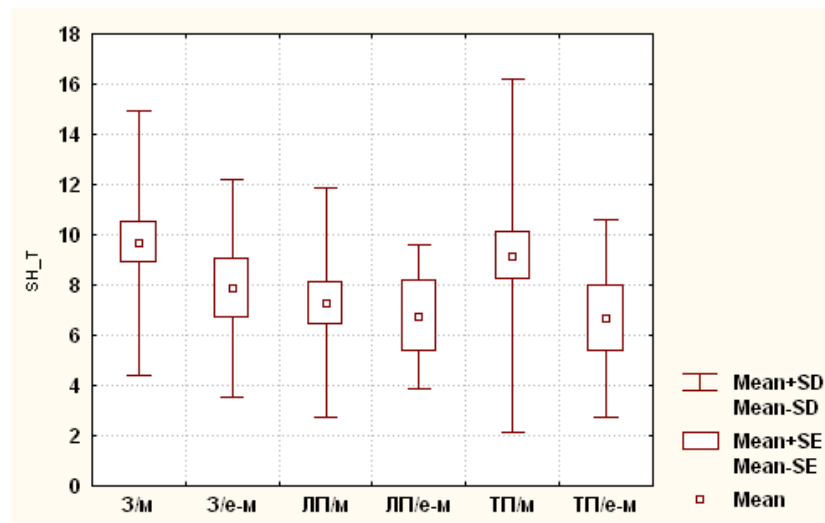


Рис. 4.32. Величина показника акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (SH_T) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за тривожним типом* достовірно ($p<0,05$) більший у мезоморфів з легким перебігом псоріазу (96,43 %) порівняно із мезоморфами з важким перебігом псоріазу (80,80 %) та з здоровими представниками даного соматотипу (74,36 %). Відсоток осіб із *схильністю до розвитку акцентуації за даним типом* достовірно ($p<0,05-0,001$) більший у здорових мезоморфів (25,64 %) порівняно із мезоморфами з легким (3,57 %) і важким (1,83 %) перебігом псоріазу. Відсоток осіб з *наявністю акцентуації за тривожним типом* достовірно ($p<0,05-0,001$) більший у мезоморфів з важким перебігом

псоріазу (16,36 %) порівняно із мезоморфами з легким перебігом захворювання (0 %) і здоровими мезоморфами (0 %) (див. табл. Г.9).

Величина показника *акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) менша у хворих мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($9,536 \pm 4,004$ бал.) порівняно із здоровими мезоморфами ($12,38 \pm 5,20$ бал.) (рис. 4.33, див. табл. Г.8).

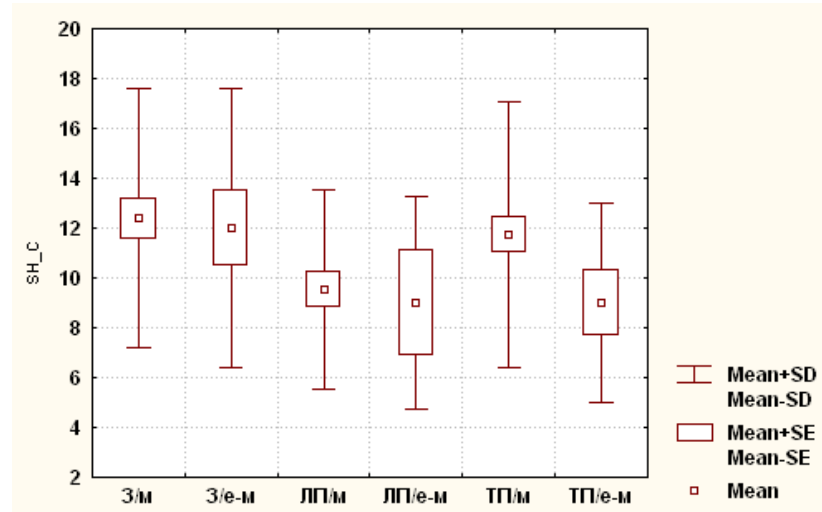


Рис. 4.33. Величина показника акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (SH_C) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб з *відсутністю акцентуації характеру за циклотимним типом* достовірно ($p < 0,05-0,01$) більший у мезоморфів хворих на псоріаз легкого перебігу (89,29 %) порівняно із хворими з важким перебігом (65,45 %) і групою контролю (56,41 %) аналогічного соматотипу. Відсоток осіб із *схильністю до розвитку акцентуації за даним типом* достовірно ($p < 0,05$) менший у хворих мезоморфів з легким перебігом дерматозу (7,14 %) порівняно із здоровими особами мезоморфами (33,33 %) і має тенденцію ($p = 0,069$) до менших значень порівняно із хворими з важким перебігом псоріазу (23,64 %) (див. табл. Г.9).

При порівнянні *показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком* між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.34, див. табл. Г.8).

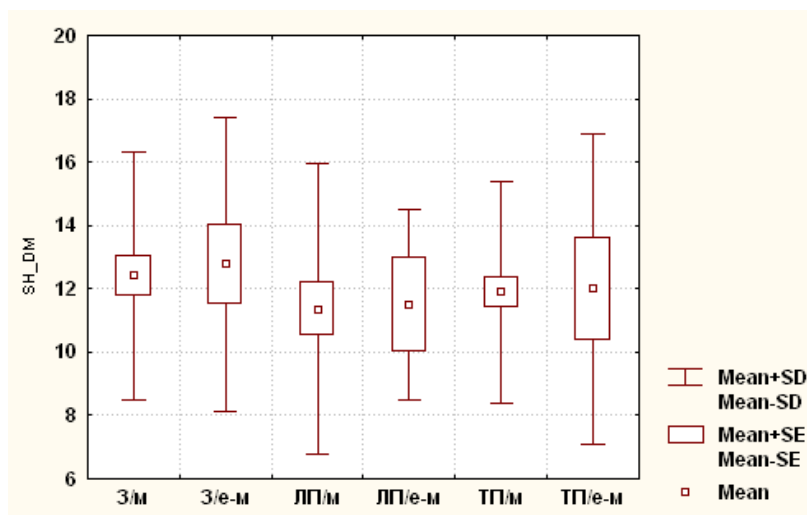


Рис. 4.34. Величина показника акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (SH_DM) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Величина показника *акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком* достовірно ($p < 0,05$) менша у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($8,786 \pm 6,106$ см) і має тенденцію ($p = 0,086$) до менших значень у мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($10,22 \pm 6,26$ см) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($12,38 \pm 5,60$ см). Зазначений показник має тенденцію ($p = 0,054$) до менших значень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом дерматозу ($7,500 \pm 5,745$ см) порівняно із здоровими чоловіками ендо-мезоморфами ($14,08 \pm 3,75$ см) (рис. 4.35, див. табл. Г.8).

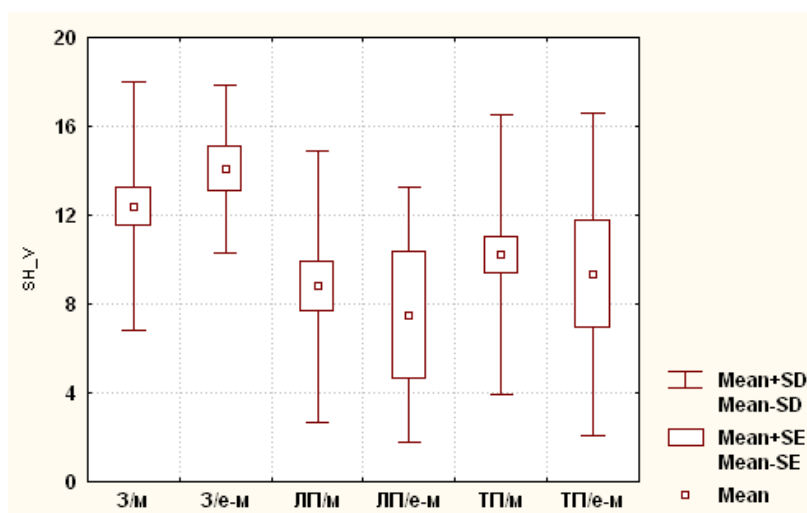


Рис. 4.35. Величина показника акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (SH_V) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Відсоток осіб з відсутністю акцентуації характеру за збудливим типом достовірно ($p < 0,05$) більший у мезоморфів хворих на псоріаз легкого перебігу (78,57 %) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу (51,28 %). Відсоток осіб із схильністю до розвитку акцентуації за даним типом достовірно ($p < 0,05$) більший у здорових осіб (43,59 %) порівняно із хворими з легким (14,29 %) і важким (20,00 %) перебігом псоріазу мезоморфного соматотипу (див. табл. Г.9).

Величина показника акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком достовірно ($p < 0,05$) більша у чоловіків мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($9,778 \pm 5,153$ бал) порівняно із здоровими чоловіками аналогічного соматотипу ($7,385 \pm 4,121$ бал) (рис. 4.36, див. табл. Г.8).

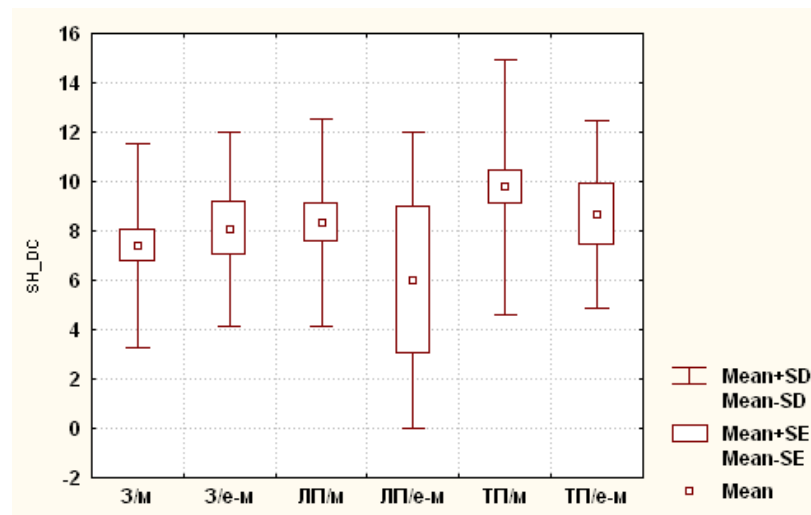


Рис. 4.36. Величина показника акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (SH_DC) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

При порівнянні показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей (рис. 4.37, див. табл. Г.8).

Відсоток осіб з наявністю акцентуації характеру за екзальтованим типом має тенденцію ($p = 0,085$) до менших значень у чоловіків мезоморфів з легким перебігом псоріазу (0 %) порівняно із здоровими досліджуваними аналогічного соматотипу (10,26 %) (див. табл. Г.9).

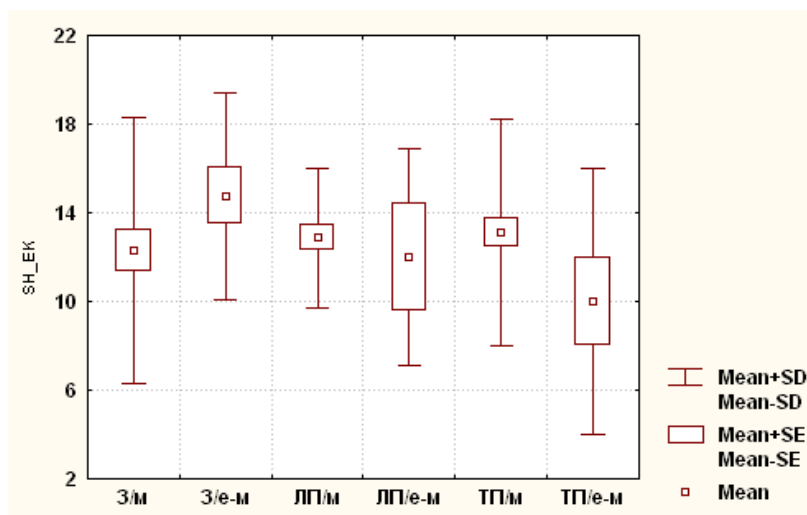


Рис. 4.37. Величина показника акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (SH_EK) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

4.2.3. Визначення показників рівня суб'єктивного контролю.

За показником *загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю*, виявлено тенденцію ($p=0,066$) до зниження інтернальності в групі мезоморфів з важким перебігом псоріазу ($4,741 \pm 1,729$ ст.) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу ($5,361 \pm 1,869$ ст.) (рис. 4.38, табл. Г.10).

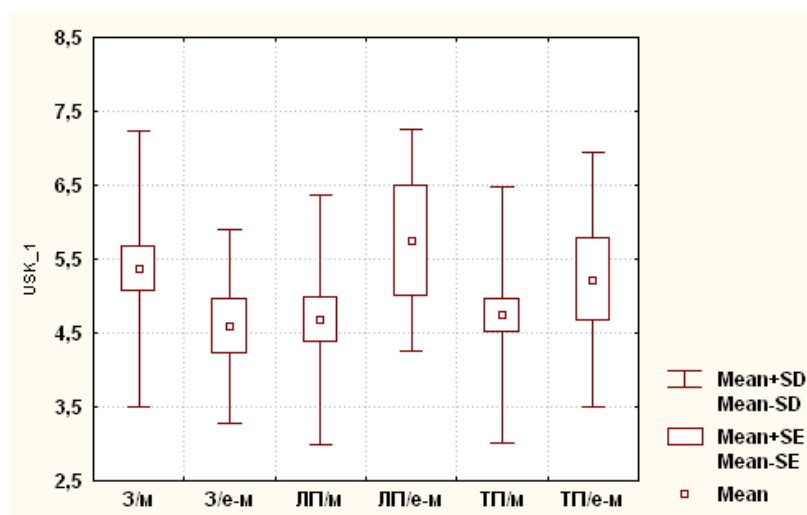


Рис. 4.38. Величина показника шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (USK_1) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень у чоловіків ендо-мезоморфів з легким перебігом псоріазу ($7,000 \pm 1,414$ ст.) має тенденцію ($p=$

0,060) до збільшення порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу ($5,417 \pm 0,996$ ст.) (рис. 4.39, див. табл. Г.10).

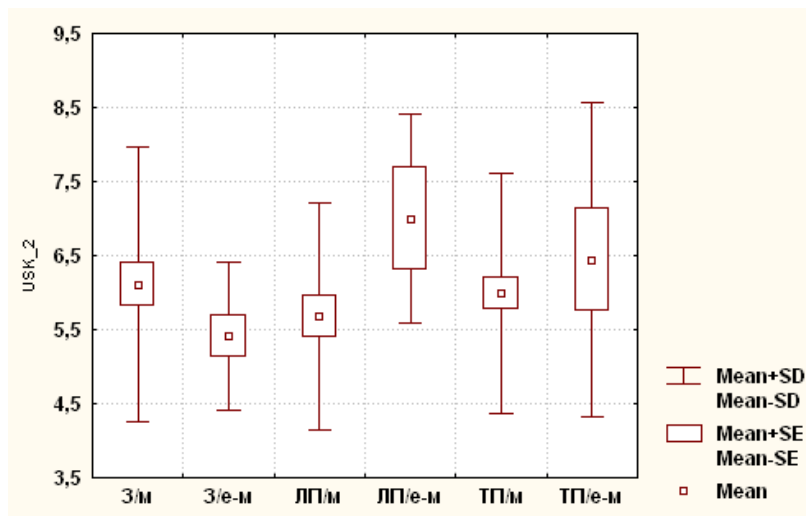


Рис. 4.39. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (USK_2) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач у здорових чоловіків мезоморфів ($5,889 \pm 1,879$ ст.) достовірно більший ($p < 0,05$) порівняно із здоровими ендо-мезоморфами ($4,333 \pm 1,435$ ст.). Рівень даного показника у чоловіків мезоморфів з легким ($4,750 \pm 1,481$ ст.) і важким ($4,574 \pm 1,968$ ст.) перебігом псоріазу достовірно менший ($p < 0,01$ в обох випадках) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу ($5,889 \pm 1,879$ ст.) (рис. 4.40, див. табл. Г.10).

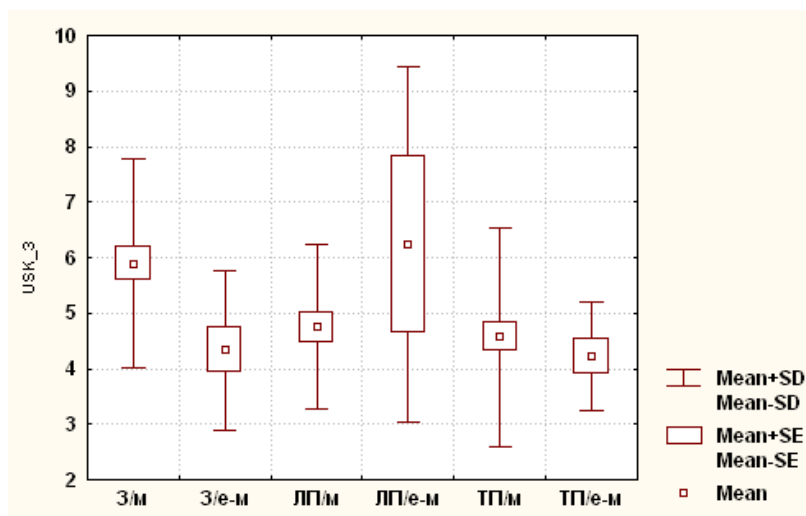


Рис. 4.40. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (USK_3) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

При порівнянні показника рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів легкого і/або важкого перебігу не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей (рис. 4.41, див. табл. Г.10).

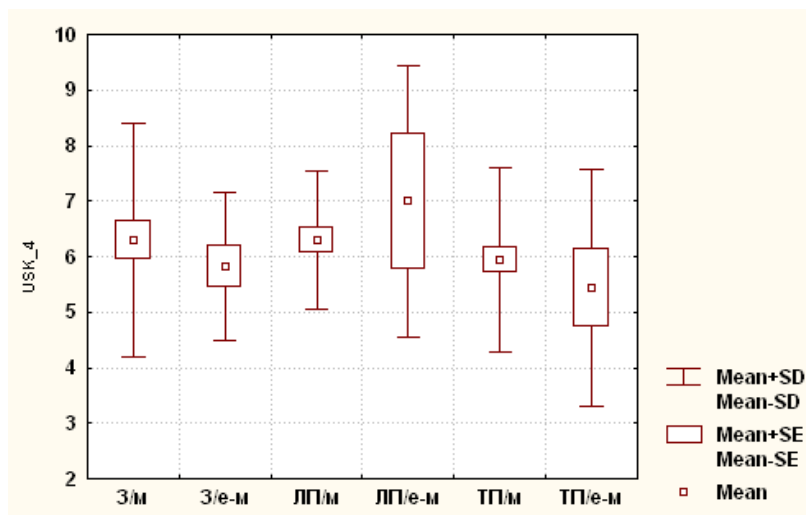


Рис. 4.41. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (USK_4) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Рівень суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин у чоловіків мезоморфів з легким ($5,393 \pm 1,227$ ст.) і важким ($5,537 \pm 1,563$ ст.) перебігом псоріазу достовірно менший ($p < 0,05$) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу ($6,528 \pm 1,647$ ст.) (рис. 4.42, див. табл. Г.10).

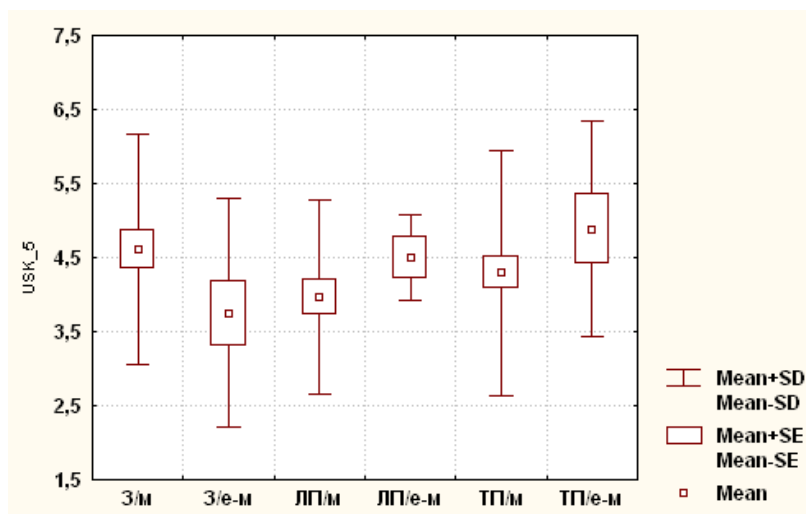


Рис. 4.42. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (USK_5) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Рівень суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин у чоловіків мезоморфів з легким (5,393±1,227 ст.) і важким (5,537±1,563 ст.) перебігом псоріазу достовірно менший ($p<0,05$) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу (6,528±1,647 ст.) (рис. 4.43, див. табл. Г.10).

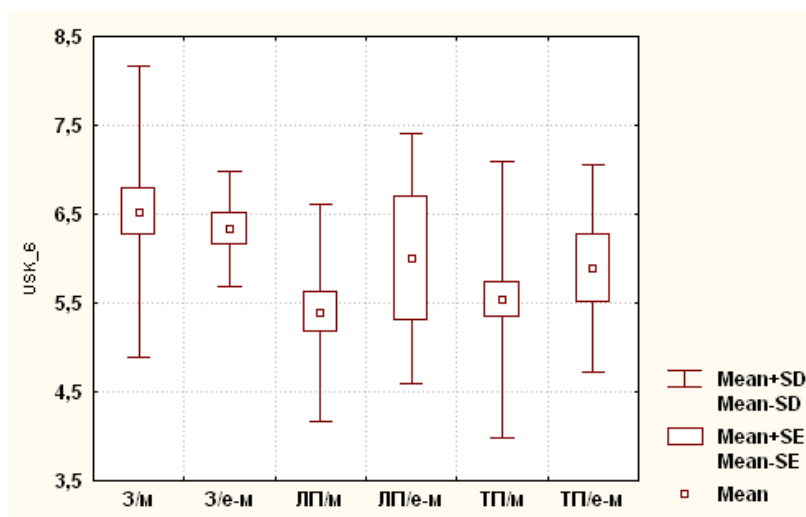


Рис. 4.43. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (USK_6) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Рівень суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером у чоловіків мезоморфів з легким (4,929±1,359 ст.) і важким (4,982±1,447 ст.) перебігом псоріазу достовірно менший ($p<0,001$ в обох випадках) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу (6,417±1,977 ст.) (рис. 4.44, див. табл. Г.10).

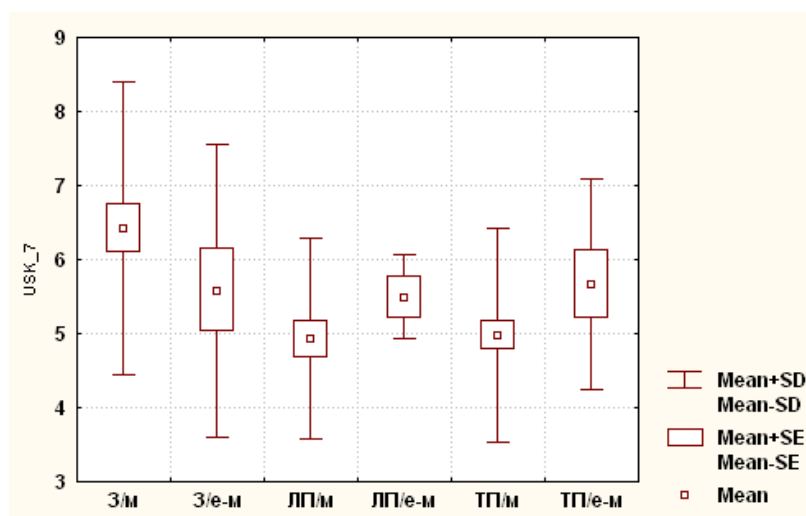


Рис. 4.44. Величина показника рівня суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби за Роттером (USK_7) у здорових і хворих на псоріаз чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (бал.).

Таким чином, співставлення показників особливостей особистості у чоловіків загальної групи та різних соматотипів хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу дозволило позначити визначення психічного статусу пацієнта ключовою позицією у веденні хворих із даною патологією. Включення конституціонального підходу в комплексне обстеження хворих на псоріаз дозволить цілеспрямовано формувати групи «ризик» пацієнтів, які схильні до частого розвитку симптоматики, яка утруднює готовність пацієнта виконувати лікарські рекомендації і мобілізувати власні сили для успішного одужання.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в трьох статтях у фахових наукових журналах України [188, 193, 227] (одна з яких входять до переліку міжнародної наукометричної бази Web of Science).

РОЗДІЛ 5

**ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА
ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ЧОЛОВІКІВ ЗАГАЛЬНОЇ
ГРУПИ ТА РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗМІРІВ І БУДОВИ ТІЛА**

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників у практично здорових і хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків *загальної групи* дискримінантна функція охоплює 100 % здорових чоловіків, 43,8 % чоловіків хворих на псоріаз легкого перебігу та 83,8 % чоловіків хворих на псоріаз важкого перебігу. Взагалі модель у здорових і хворих псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків загальної групи коректна в 84,1 % випадків.

Між здоровими та хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками *загальної групи* дискримінантними змінними є ширина плечей (ACR), міжгребенева відстань тазу (CRIS), товщина шкірно-жирової складки (ТШЖС) на задній поверхні плеча (GZPL), поперечний середньогрудний діаметр (PSG), ТШЖС на передній поверхні плеча (GPPL), ТШЖС на боці (GB), жировий компонент маси тіла (DM), передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) і ТШЖС на животі (GG) (табл. 5.1). Серед даних показників найбільший вагомий внесок у дискримінацію між групами має ширина плечей. Як видно з таблиці 5.1, сукупність усіх антропо-соматотипологічних змінних має виражену (Wilks' Lambda=0,074; $p < 0,001$) дискримінацію між групами здорових та хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіків загальної групи.

Для кожної з груп визначений показник класифікації (Df), за допомогою якого наведені в таблиці 5.1 антропо-соматотипологічні показники можливо віднести до «типових» для здорових або хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків *загальної групи*. Нижче у вигляді рівнянь наведено визначення показника класифікації, де віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, бли-

Таблиця 5.1

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків загальної групи в залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Discriminant Function Analysis Summary (obadeh.sta)					
Step 9, N of vars in model: 9; Grouping: DZ_1 (3 grps)					
Wilks' Lambda: 0,070 approx. F (18,34)=52,65 p<0,0000					
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove -2,171	p-level	Toler.
ACR	0,151	0,467	97,56	0,0000	0,592
CRIS	0,084	0,834	16,98	0,0000	0,549
GZPL	0,092	0,762	26,71	0,0000	0,248
PSG	0,093	0,760	27,03	0,0000	0,370
GPPL	0,085	0,827	17,84	0,0000	0,313
GB	0,078	0,902	9,258	0,0002	0,267
DM	0,081	0,873	12,49	0,0000	0,058
SGK	0,076	0,928	6,644	0,0017	0,492
GG	0,074	0,945	4,993	0,0078	0,105

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях, Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда; F(18,34)=52,65 – критичне (18,34) та отримане (52,65) значення критерію Фішера; p – p-рівень пов'язаний з загальним значенням Wilks' Lambda; Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями; F-remove – стандартний F-критерій пов'язаний з відповідною Partial Lambda; p-level – p-рівень пов'язаний з відповідним F-remove; Toler. – значення толерантності для кожної перемінної.

зькому до 216,5; до чоловіків хворих на псоріаз легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 234,5; до чоловіків хворих на псоріаз важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 237,8:

Df (для здорових чоловіків загальної групи) = $ACR \times 5,209 + CRIS \times 3,961 + GZPL \times 3,234 + PSG \times 2,537 - GPPL \times 0,465 - GB \times 0,434 - DM \times 5,995 - SGK \times 2,886 + GG \times 1,164 - 216,5$;

Df (для чоловіків загальної групи хворих на псоріаз легкого перебігу) = $ACR \times 2,551 + CRIS \times 5,937 + GZPL \times 0,158 + PSG \times 4,427 + GPPL \times 2,354 + GB \times 0,297 - DM \times 7,306 + SGK \times 3,179 + GG \times 1,300 - 234,5$;

Df (для чоловіків загальної групи хворих на псоріаз важкого перебігу) = $ACR \times 2,726 + CRIS \times 5,600 + GZPL \times 0,652 + PSG \times 4,525 + GPPL \times 2,260 + GB \times 0,188 - DM \times 7,914 + SGK \times 3,517 + GG \times 1,581 - 237,8$;

де (тут і в подальшому), діаметри тулуба та таза – в см; розміри ТШЖС – в мм; показники компонентного складу маси тіла в кг.

Статистична значимість усіх дискримінантних функцій визначена за допомогою критерію χ^2 (табл. 5.2). Результати даного аналізу вказують на те, що при урахуванні наведених вище антропометричних і соматотипологічних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації як між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу, так і між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками загальних груп (див. табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Звіт покрокового з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків загальних груп при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників.

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed (obadeh.sta)						
	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	11,60	0,959	0,070	464,6	18	0,0000
1	0,129	0,338	0,886	21,21	8	0,0066

Примітки: тут і в подальших подібних таблицях Eigenvalue – значення коренів для кожної дискримінантної функції; Canonicl R – канонічне значення R для різних коренів; Chi-Sqr. – стандартний критерій χ^2 послідовних коренів; Df – кількість ступенів свободи; p-level – p-рівень відповідного χ^2 .

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників у практично здорових і хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків

мезоморфного соматотипу дискримінантна функція охоплює 100 % здорових чоловіків, 60,7 % чоловіків хворих на псоріаз легкого перебігу та 83,6 % чоловіків хворих на псоріаз важкого перебігу. Взагалі модель у здорових і хворих псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків мезоморфного соматотипу коректна в 83,6 % випадків.

Між здоровими та хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками *мезоморфного соматотипу* дискримінантними змінними є ширина плечей (ACR), міжребенева відстань тазу (CRIS), ТШЖС на задній поверхні плеча (GZPL), поперечний середньогрудний діаметр (PSG), ТШЖС на передній поверхні плеча (GPPL), передньо-задній середньогруднинний діаметр (SGK) і площа поверхні тіла (S) (табл. 5.3). Серед даних показників найбільший вагомий внесок у дискримінацію між групами, як і в загальних групах, має ширина плечей. Як видно з таблиці 5.3, сукупність усіх антропометричних змінних має виражену (Wilks' Lambda=0,077; $p < 0,001$) дискримінацію між групами здорових та хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіків мезоморфного соматотипу.

Таблиця 5.3

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків мезоморфного соматотипу в залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Discriminant Function Analysis Summary (obadeh.sta)					
Step 7, N of vars in model: 7; Grouping: DZ_1 (3 grps)					
Wilks' Lambda: 0,077 approx. F (14,23)=42,09 $p < 0,0000$					
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level	Toler.
ACR	0,185	0,414	79,84	0,0000	0,595
CRIS	0,104	0,740	19,80	0,0000	0,462
GZPL	0,128	0,600	37,67	0,0000	0,357
PSG	0,110	0,701	24,08	0,0000	0,350
GPPL	0,090	0,851	9,907	0,0001	0,447
SGK	0,091	0,843	10,51	0,0001	0,680
S	0,087	0,885	7,342	0,0010	0,360

Нижче у вигляді рівнянь наведено визначення показника класифікації, де

віднесення до здорових чоловіків *мезоморфного соматотипу* можливе при значенні Df, близькому до 154,7; до чоловіків *мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 159,2; до чоловіків *мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 159,8:

$$Df \text{ (для здорових чоловіків мезоморфного соматотипу)} = ACR \times 4,504 + CRIS \times 1,688 + GZPL \times 0,800 - PSG \times 0,307 - GPPL \times 2,572 + SGK \times 0,280 + S \times 40,51 - 154,7;$$

$$Df \text{ (для чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого перебігу)} = ACR \times 1,884 + CRIS \times 4,089 - GZPL \times 3,012 + PSG \times 1,695 - GPPL \times 0,033 + SGK \times 1,203 + S \times 17,95 - 159,2;$$

$$Df \text{ (для чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз важкого перебігу)} = ACR \times 2,050 + CRIS \times 3,713 - GZPL \times 3,059 + PSG \times 2,009 + GPPL \times 0,139 + SGK \times 1,203 + S \times 17,95 - 159,8;$$

де (тут і в подальшому), площа поверхні тіла – в м².

Статистична значимість усіх дискримінантних функцій визначена за допомогою критерію χ^2 (табл. 5.4). Результати даного аналізу вказують на те, що при урахуванні наведених вище антропометричних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації як між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу, так і між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками *мезоморфного соматотипу* (див. табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Звіт покрокового з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків *мезоморфного соматотипу* при урахуванні антропометричних показників.

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed (obadeh.sta)						
	Eigen-value	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level

Продовження табл. 5.4

0	9,630	0,952	0,077	297,7	14	0,0000
1	0,224	0,428	0,817	23,47	6	0,0007

При урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників у практично здорових і хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* дискримінантна функція охоплює 100 % здорових чоловіків, 75,0 % чоловіків хворих на псоріаз легкого перебігу та 66,7 % чоловіків хворих на псоріаз важкого перебігу. Взагалі модель у здорових і хворих псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* коректна в 84,6 % випадків.

Між здоровими та хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками *ендо-мезоморфного соматотипу* дискримінантними змінними є міжостьова відстань тазу (SPIN), ширина плечей (ACR), міжгребенева відстань тазу (CRIS), ТШЖС на стегні (GBD) та висота пальцевої антропометричної точки (АТР) (табл. 5.5). Серед даних показників найбільший вагомий внесок у дискримінацію між групами мають ширина плечей, міжостьова та міжгребенева відстані тазу. Як видно з таблиці 5.5, сукупність усіх антропометричних змінних має виражену (Wilks' Lambda=0,027; $p<0,001$) дискримінацію між групами здорових та хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу*.

Таблиця 5.5

Звіт дискримінантного аналізу здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* в залежності від особливостей показників будови та розмірів тіла.

Discriminant Function Analysis Summary (obadeh.sta)					
Step 5, N of vars in model: 5; Grouping: DZ_1 (3 grps)					
Wilks' Lambda: 0,027 approx. F (10,38)=19,16 $p<0,0000$					
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level	Toler.
SPIN	0,059	0,468	-2,190 10,82	0,0007	0,680

Продовження табл. 5.5

ACR	0,061	0,449	11,67	0,0005	0,594
CRIS	0,058	0,470	10,71	0,0008	0,631
GBD	0,047	0,578	6,937	0,0055	0,539
АТР	0,044	0,618	5,872	0,0103	0,561

Нижче у вигляді рівнянь наведено визначення показника класифікації, де віднесення до здорових чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* можливе при значенні Df, близькому до 1018; до чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз легкого перебігу – при значенні Df, близькому до 1419; до чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз важкого перебігу – при значенні Df, близькому до 1368:

Df (для здорових чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу*) = $SPIN \times 36,64 - ACR \times 0,470 + CRIS \times 26,56 - GBD \times 8,960 + ATP \times 6,010 - 1018$;

Df (для чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз легкого перебігу) = $SPIN \times 44,43 - ACR \times 4,330 + CRIS \times 33,40 - GBD \times 11,32 + ATP \times 8,030 - 1419$;

Df (для чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз важкого перебігу) = $SPIN \times 43,89 - ACR \times 4,780 + CRIS \times 32,91 - GBD \times 11,29 + ATP \times 7,980 - 1368$;

де, висота антропометричних точок – в см.

Статистична значимість усіх дискримінантних функцій визначена за допомогою критерію χ^2 (табл. 5.6). Результати аналізу вказують, що при урахуванні наведених вище антропометричних показників можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу чоловіками *ендо-мезоморфного соматотипу* (див. табл. 5.6).

Таким чином, на основі особливостей антропометричних і соматотипологічних показників побудовані достовірні дискримінантні моделі можливості ви-

Таблиця 5.6

Звіт покрокового з включенням критерію χ^2 для усіх канонічних коренів у здорових і хворих на псоріаз різного перебігу чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу при урахуванні антропометричних показників.

Chi-Square Tests with Successive Roots Removed (obadeh.sta)						
	Eigen- value	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	df	p-level
0	29,07	0,983	0,027	75,55	10	0,0000
1	0,214	0,420	0,823	4,078	4	0,3956

никнення та особливостей перебігу псоріазу в українських чоловіків без та з урахуванням типу соматотипу за Хіт-Картер.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами в статті у фаховому науковому журналі України [190]. Отримано свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір [20].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертації були встановлені розбіжності антропометричних, соматотипологічних показників і показників особливості особистості між здоровими та хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками без урахування соматотипу та представників мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів, розбіжності даних показників між хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками, а також, побудовані дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та відповідних соматотипів в залежності від особливостей розмірів і будови тіла.

З огляду на найбільш часту маніфестацію псоріазу в молодому працездатному віці та в ряді випадків важкий, безперервно рецидивуючий перебіг, наявність безлічі методів лікування, жоден з яких не є гарантією повного одужання і відсутності рецидивування, – наразі виникла нагальна необхідність пошуку прогностичних ознак, необхідних для корекції терапії та профілактики рецидивів [16]. Перспективним є медична технологія популяційного скринінгу на основі антропометричного методу. Навіть при відсутності скарг пацієнта на стан здоров'я метод дозволяє за конституціональними ознаками спрогнозувати виникнення дерматозу, що сприяє своєчасному призначенню профілактичних заходів з метою недопущення розвитку його ускладнень [5, 9, 15].

Під час антропометричного обстеження 113 дітей хворих псоріазом та 113 здорових осіб, жителів Кабулу (Афганістан) виявлено, що діти з псоріазом мають більші показники ваги тіла та центрального ожиріння у порівнянні з дітьми з групи контролю (27,4 % проти 12,4 %, $p=0,005$ та 23 % проти 9,7 %, $p=0,007$ відповідно). Окрім того у хворих дітей встановлено вищі показники наявності сімейного анамнезу щодо присутності захворювань шкіри (23,0 % проти 13,7 %; $p<0,001$) [27]. Важливість такого фактору у розвитку псоріазу як вага тіла та при-

сутність ожиріння у дітей підкреслений результатами також і інших досліджень [198]. У вибірці з 27 дітей, у яких протягом 1 чи 2 років виник псоріаз, 25 мали надлишкову вагу або ожиріння [53]. В той же час, антропометричне обстеження дітей з різними формами важкості псоріазу не виявило будь якого зв'язку між вагою та присутністю ожиріння та тією чи іншою формою протікання псоріазу [166].

Щодо осіб дорослого віку також виявлено взаємозв'язок між псоріазом та присутністю надмірної ваги. Відповідно до даних багатофакторного логістичного регресійного аналізу, при збільшенні індексу маси (ІМТ) тіла до 28 кг/м^2 шанси виникнення псоріазу зростають до 43 %, а при показнику $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ до 71 % [75]. Також встановлено, що відносний ризик виникнення псоріазу при збільшенні ІМТ на 5 одиниць становив 1,19 (95 % ДІ 1,10–1,28), а при збільшенні окружності талії на 10 см складав 1,37 (95 % ДІ 1,23–1,53) [46].

У. Х. Dai та співавтори [73] провели довготривале спостереження (з 2001 по 2017 рік) за 60.136 особами, з яких у 406 за цей час виник псоріаз. Статистичний аналіз даних зібраних дослідниками виявив, що коефіцієнт ризику виникнення псоріазу зростає разом зі збільшенням ІМТ тіла людини (від 1,34 при ІМТ 25,0–29,9 до 2,70 при ІМТ ≥ 30). Групою авторів на чолі з Fleming P. [100] проведено літературний огляд 254 статей, з яких в дослідження включено 9, що відповідали критеріям вибірки дослідження. В 7 з 9 досліджень виявлено статистично значущий зв'язок між збільшенням важкості перебігу псоріазу та підвищенням ІМТ у пацієнтів. В іншому дослідженні вченими проведено обстеження осіб з псоріазом, щодо визначення у них площі вісцерального жиру (VFA), підшкірно жирової клітковини (SFA) та загальної жирової площі (TFA) в області пупка. Встановлено, що особи з псоріазом у порівнянні з групою контролю (здорові особи) мали більші значення VFA та співвідношення VFA/SFA [48].

При 10-літньому дослідженні щодо вивчення псоріазу, у 369 з 33.734 обстежуваних жителів Норвегії виник псоріаз. Порівняно з особами, що мали нормальну вагу, особи з ожирінням мали показник відносного ризику виникнення псоріазу (RR) 1,87 (95 % ДІ=1,38–2,52) [233]. В схожому дослідженні, де також

виконано довготривале спостереження з оцінкою антропометричних показників (з 2009 по 2012 роки), проте більшого масштабу (оцінено дані 22.633.536 осіб з яких 399.461 мали вперше діагностований псоріаз) виявлено підвищений ризик виникнення псоріазу у осіб з ІМТ більше 30 (RR склав 1,118). Аналогічно виявлено такий же ризик у осіб з окружністю талії понад 105 см (RR, 1,305) [117]. В іншому дослідженні також доведено, що збільшення окружності талії на 1,20 (95 % ДІ 1,16, 1,23) при стандартному відхиленні 13,5 см збільшує шанси виникнення псоріазу, а на 1,30 (95 % ДІ 1,21, 1,39) – псоріатичного артрити [94]. Результати дослідження турецького населення показали існування зв'язку між наявністю псоріазу та окружністю талії. Окрім того встановлено, що ризик виникнення псоріазу збільшується для жінок у порівнянні з чоловіками в 1,26 разів [196]. Аналогічно зв'язок з підвищеними показниками окружності талії знайдений різними групами Норвезьких вчених [232, 243].

Мета-аналіз 19 публікацій присвячених вивченню взаємозв'язку антропометричних показників і псоріазу надав достовірні докази щодо того, що такі показники як відсоток загального вмісту жиру у тілі, відсоток вісцерального жиру, відсоток м'язової маси мають використовуватися з метою оцінки ризику виникнення псоріазу [56]. В аналогічного роду аналізі проведеного Chahoud J. зі співавторами [68] щодо 14 публікацій також вказано щодо доцільності використання співвідношення об'єму талії до зросту людини з метою прогнозування виникнення даної патології.

У хворих на псоріаз зафіксовано значну мультиплікативну взаємодію між ІМТ, обхватом талії та двома SNP у генах IL12B (rs3212227) та IL23R (rs7530511) [158]. Встановлено, що підвищений ІМТ та збільшена окружність талії є факторами ризику розвитку псоріазу. Асоціація була задокументована послідовно як у дослідженнях випадків контролю, так і в когортних дослідженнях. Більша окружність талії, окружність стегон та співвідношення талія-стегна були пов'язані з більш високим ризиком інциденту псоріазу [85]. Також групою дослідників на чолі з Toussirof E. [248] і Setty A. R. [228] було визначено, що окружність талії та стегон вищі у пацієнтів із псоріазом в порівнянні з контрольною

групою. Нещодавні дослідження показали позитивну і сильну, порівняно з індексом маси тіла, кореляцію між обхватом живота і тяжкістю захворювання [45]. Sandeep Kumar і співавт. [142] встановлено прямий ступінчастий зв'язок між ІМТ, обхватом талії та стегон та ризиком інциденту псоріазу у 67.300 жінок протягом 12-річного періоду.

Таким чином, проведений аналіз літературних наукових джерел дозволив виявити, що в більшості робіт здебільшого використані однорідні і нечисленні антропометричні показники, такі як окружність талії, стегон, вага та довжина тіла на основі яких розраховані ІМТ. В той же час роботи де б розглядалися комплексно різноманітні антропометричні дані, чи тип соматотипу не виявлені, що свідчить про принципово новий і нетиповий характер дослідження, що потенційно може відкрити нову гілку досліджень у напрямку вивченні взаємозв'язку антропометричних показників і псоріазу.

У хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіків порівняно зі здоровими чоловіками (загальні групи без розподілу на соматотипи) нами встановлені наступні достовірні або тенденції відмінностей антропосомато-типологічних показників (рис. 6.1):

більші значення – маси тіла на 20,1 % і 17,5 %; довжини тіла на 1,7 % (лише з легким перебігом); площі поверхні тіла на 10,0 % і 7,8 %; висоти надгруднинної на 3,0 % і 1,5 %, акроміальної на 2,3 % і 1,0 % та пальцевої на 6,1 % і 4,4 % антропометричних точок; ширини дистальних епіфізів плеча на 6,9 % і 5,7 %, передпліччя на 3,3 % (лише з легким перебігом) та стегна на 10,3 % і 7,1 %; середньогруднинного на 16,5 % і 16,3 %, поперечного нижньогруднинного на 16,5 % і 15,7 % та передньо-заднього середньогруднинного на 17,7 % і 20,2 % діаметрів тулуба; міжостьової на 12,2 % і 12,1 %, міжребеневої на 13,4 % і 11,7 % та міжвертлюгової на 11,3 % і 10,4 % відстаней тазу; обхватів плеча у напруженому стані на 8,9 % і 6,8 %, плеча у ненапруженому стані на 14,2 % і 12,3 %, передпліччя у верхній частині на 8,0 % і 7,1 %, передпліччя у нижній частині на 4,2 % і 4,5 %, кисті на 5,1 % і 5,8 %, стегна на 11,4 % і 9,3 %, стегон на 8,7 % і 6,5 %, гомілки у верхній частині на 10,2 % і 7,9 %, гомілки у нижній час-

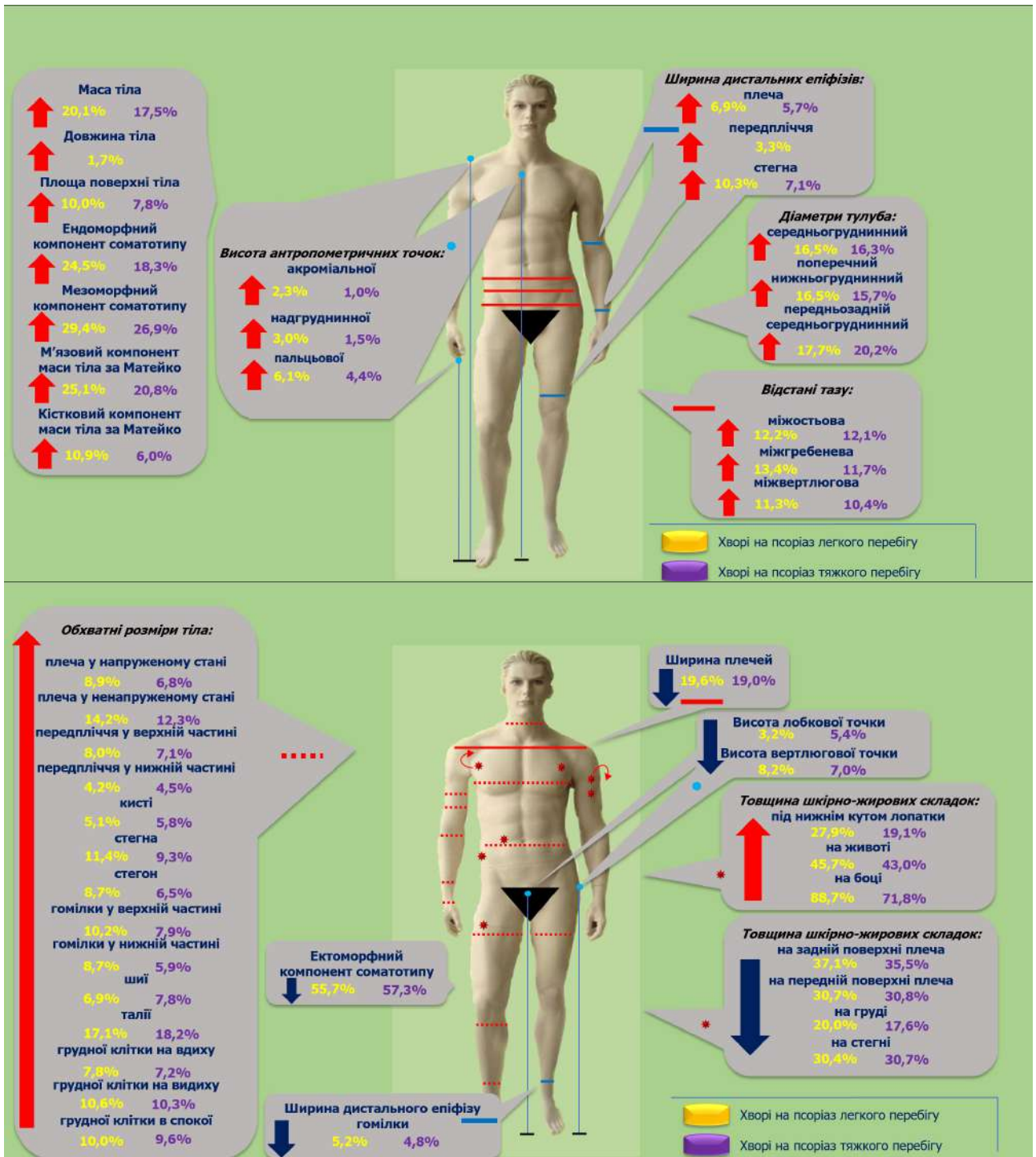


Рис. 6.1. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на псоріаз із легким або важким перебігом чоловіками загальної групи (без урахування соматотипу).

тині на 8,7 % і 5,9 %, шиї на 6,9 % і 7,8 %, талії на 17,1 % і 18,2 %, грудної клітки на вдиху на 7,8 % і 7,2 %, грудної клітки на видиху на 10,6 % і 10,3 % та грудної клітки у спокійному стані на 10,0 % і 9,6 %; товщини шкірно-жирових складок під нижнім кутом лопатки на 27,9 % і 19,1 %, на животі на 45,7 % і 43,0 % та на

боці на 88,7 % і 71,8 %; ендоморфного на 24,5 % і 18,3 % та мезоморфного на 29,4 % і 26,9 % *компонентів соматотипу за Хім-Картер*; м'язового на 25,1 % і 20,8 % та кісткового на 10,9 % і 6,0 % *компонентів маси тіла за Матейко*;

менші значення – висоти лобкової на 3,2 % і 5,4 % та вертлюгової на 8,2 % і 7,0 % *антропометричних точок*; ширини дистального епіфіза гомілки на 5,2 % і 4,8 %; ширини плечей на 19,6 % і 19,0 %; товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча на 37,1 % і 35,5 %, на передній поверхні плеча на 30,7 % і 30,8 %, на груді на 20,0 % і 17,6 % та на стегні на 30,4 % і 30,7 %; *ектоморфного компоненту соматотипу за Хім-Картер* на 55,7 % і 57,3 % (див. рис. 6.1).

Порівнюючи отримані нами дані з результатами, що отримані Дмитренко С. В. [6] при обстеженні хворих на обмежений та поширений псоріаз чоловіків і жінок Поділля у 2005-2006 роках, необхідно вказати на значні відмінності. Так, у хворих чоловіків, порівняно зі здоровими, спостерігались менші значення маси, довжини, площі поверхні тіла, поздовжніх розмірів тіла (більш виражено при обмеженому псоріазі), поперечних розмірів грудної клітки (при поширеному псоріазі), обхватних розмірів кінцівок (при поширеному псоріазі), м'язової маси тіла та тенденція до зменшення кісткової маси тіла; та, навпаки, більші значення (при поширеному псоріазі) ширини дистальних епіфізів кінцівок, передньо-заднього середньогруднинного діаметра та більшості розмірів тазу, товщини усіх шкірно-жирових складок у хворих (при поширеному псоріазі), ендоморфного компоненту соматотипу та жирової маси тіла. Отримані відмінності результатів можуть бути обумовлені багатьма факторами: від наслідків міграційних процесів, які активізувалися протягом останніх десятиріч [23] до проявів мутації генів.

Найбільш поширеною методологічною помилкою в ході дослідження конституції є відсутність диференціації на нормальні і патологічні конституціональні типи, що, в свою чергу призводить до хибного розгляду крайніх соматотипів як субпатологічних, діатезних, зі схильністю до певного спектру порушень і нозологій. Діатез є аномалією конституції, при якому обмін речовин і функції організму на певній стадії онтогенезу знаходяться в тривалій нестійкій рівновазі. Механізми нервової регуляції не забезпечують правильну роботу всіх органів і сис-

тем, і змінюють адаптаційні можливості при впливі ендогенних і екзогенних чинників, які є індіферентними для нормальних конституціональних типів. Регіональні морфологічні дисплазії, які складають з себе суб- і супранормальні відхилення у тілобудові, і, зокрема, малі аномалії розвитку, при їх багаточисленному накопиченні є фенотиповою маркерною системою пренатального порушення індивідуального розвитку організму, що спричинює післяпологове сповільнення в соматичній статевій диференціації, еволютивні синдроми і симптоми диспропорції розвитку різних психічних і соматичних функцій [10].

В нашому дослідженні у чоловіків загальної групи хворих на псоріаз із легким або важким перебігом саме і були виявлені так звані “субпатологічні” конституціональні типи. А саме на фоні достовірно **більших**, або тенденцій до більших значень *довжини тіла* (лише з легким перебігом), *висоти надгруднинної, акроміальної та пальцевої антропометричних точок, ширини дистальних епіфізів плеча, передпліччя та стегна, середньогруднинного, поперечного нижньогруднинного та передньо-заднього середньогруднинного діаметрів тулуба*, а також *товщини шкірно-жирових складок* під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці, встановлені достовірно **менші**, або тенденцій до менших значень *висоти лобкової та вертлюгової антропометричних точок, ширини дистального епіфіза гомілки, ширини плечей та товщини шкірно-жирових складок* на задній поверхні плеча, на передній поверхні плеча, на груді та на стегні.

Нами встановлені достовірні або тенденції відмінностей досліджуваних параметрів тіла у хворих із різними ступенями важкості псоріазу **без розподілу на соматотипи** (рис. 6.2). Так, у хворих з легким перебігом псоріазу чоловіків порівняно з хворими з важким перебігом встановлено **більші значення**: *довжини тіла* на 1,6 %; *висоти надгруднинної* на 1,5 %, *лобкової* на 2,1 % та *пальцевої* на 1,4 % *антропометричних точок*; *ширини дистальних епіфізів передпліччя* на 2,3 % та *стегна* на 3,5 %; *обхвату гомілки у нижній частині* на 3,1 %; *кісткового компоненту маси тіла за Матейко* на 5,2 %.

За відсутності ідеальних біомаркерів, дослідження конституціональних маркерів стає вирішальним. В даний час спостерігається безперервно зростаючий

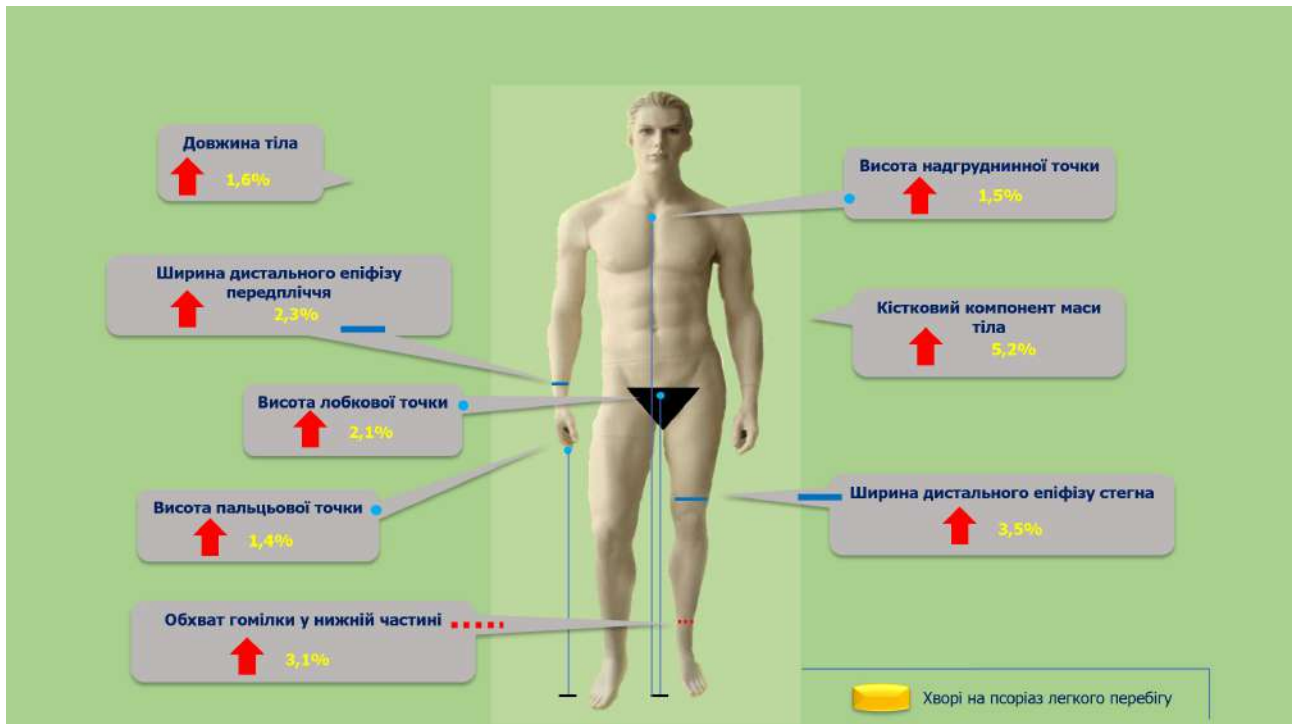


Рис. 6.2. Відмінності конституціональних параметрів тіла між чоловіками загальної групи хворими на псоріаз із легким і важким перебігом.

інтерес до питання порівняння соматотипологічних особливостей організму в умовах норми і патології. В цьому напрямку досліджуються як антропометричні характеристики тіла людини в загальному, так і окремі їх особливості. Використання даного напрямку у практичній роботі лікаря дозволяє здійснити цілісний і персоналізований підхід в процесі ді агностики і лікування [196, 244].

Із наукових літературних джерел відомо, що при різноманітних патологічних процесах норма реакції генотипу чітко визначає межі клінічної варіабельності та патоморфозу проявів хвороб людини. На фенотипічному рівні дана норма реакції реєструється по макроморфологічній підсистемі загальної конституції, а саме її морфофенотипу (соматичному типу, соматотипу, типу будови тіла) [13]. Саме тому, визначення ознак фенотипу, які знаходяться в тісних причинно-наслідкових відношеннях з різними ланками патогенезу мультифакторіальних захворювань, має суттєве значення для обґрунтування впливу спадкових або середовищних факторів на схильність або резистентність населення до псоріазу.

При порівнянні антропо-соматотипологічних показників *хворих на псоріаз чоловіків легкого та важкого перебігу мезо- або ендо-мезоморфного сомато-*

типів із здоровими чоловіками відповідних соматотипів, нами встановлені наступні достовірні або тенденції відмінностей.

У хворих на псоріаз чоловіків *мезоморфного соматотипу* (рис. 6.3):

більші значення – маси тіла на 17,0 % і 18,3 %; довжини тіла на 1,9 % (лише з легким перебігом); площі поверхні тіла на 8,3 % і 7,6 %; висоти надгруднинної на 3,6 % і 2,0 %, акроміальної на 3,0 % і 1,4 % та пальцевої на 6,3 % і 4,6 % антропометричних точок; ширини дистальних епіфізів плеча на 5,1 % і 4,5 % та стегна на 9,0 % і 7,4 %; поперечного середньогруднинного на 16,2 % і 19,1 %, поперечного нижньогруднинного на 15,9 % і 17,6 % та передньо-заднього середньогруднинного на 16,4 % і 24,7 % діаметрів тулуба; міжостьової на 13,6 % і 14,3 %, міжребеневої на 14,8 % і 13,3 % та міжвертлюгової на 10,8 % і 10,4 % відстаней таза; обхватів плеча у напруженому стані на 3,3 % і 3,5 %, плеча у ненапруженому стані на 8,4 % і 8,6 %, передпліччя у верхній частині на 4,2 % і 4,6 %, передпліччя у нижній частині на 2,6 % (лише з важким перебігом), кисті на 2,6 % і 4,3 %, стегна на 7,9 % і 7,5 %, стегон на 6,4 % і 5,8 %, гомілки у верхній частині на 7,0 % і 6,5 %, гомілки у нижній частині на 6,1 % і 3,8 %, шиї на 4,1 % і 6,5 %, талії на 13,2 % і 18,4 %, грудної клітки на вдиху на 5,1 % і 6,7 %, грудної клітки на видиху на 7,9 % і 10,0 % та грудної клітки у спокійному стані на 6,7 % і 8,6 %; товщини шкірно-жирових складок під нижнім кутом лопатки на 15,7 % і 23,5 %, на животі на 30,3 % і 44,6 % та на боці на 88,9 % і 86,7 %; ендоморфного на 23,0 % і 23,9 % та мезоморфного на 16,6 % і 19,3 % компонентів соматотипу за Хім-Картер; м'язового на 17,8 % і 15,8 %, кісткового на 8,6 % і 5,4 % та жирового на 9,6 % (лише з важким перебігом) компонентів маси тіла за Матейко;

менші значення – висоти лобкової на 4,2 % (лише з важким перебігом) та вертлюгової на 7,2 % і 5,5 % антропометричних точок; ширини дистального епіфіза гомілки на 5,8 % і 5,1 %; ширини плечей на 21,0 % і 18,4 %; товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча на 37,2 % і 30,7 %, на передній поверхні плеча на 31,3 % і 23,2 %, на груді на 20,1 % і 8,2 % та на стегні на 33,7 % і 29,6 %; ектоморфного компоненту соматотипу за Хім-Картер на 35,8 % і 55,8 % (див. рис. 6.3).

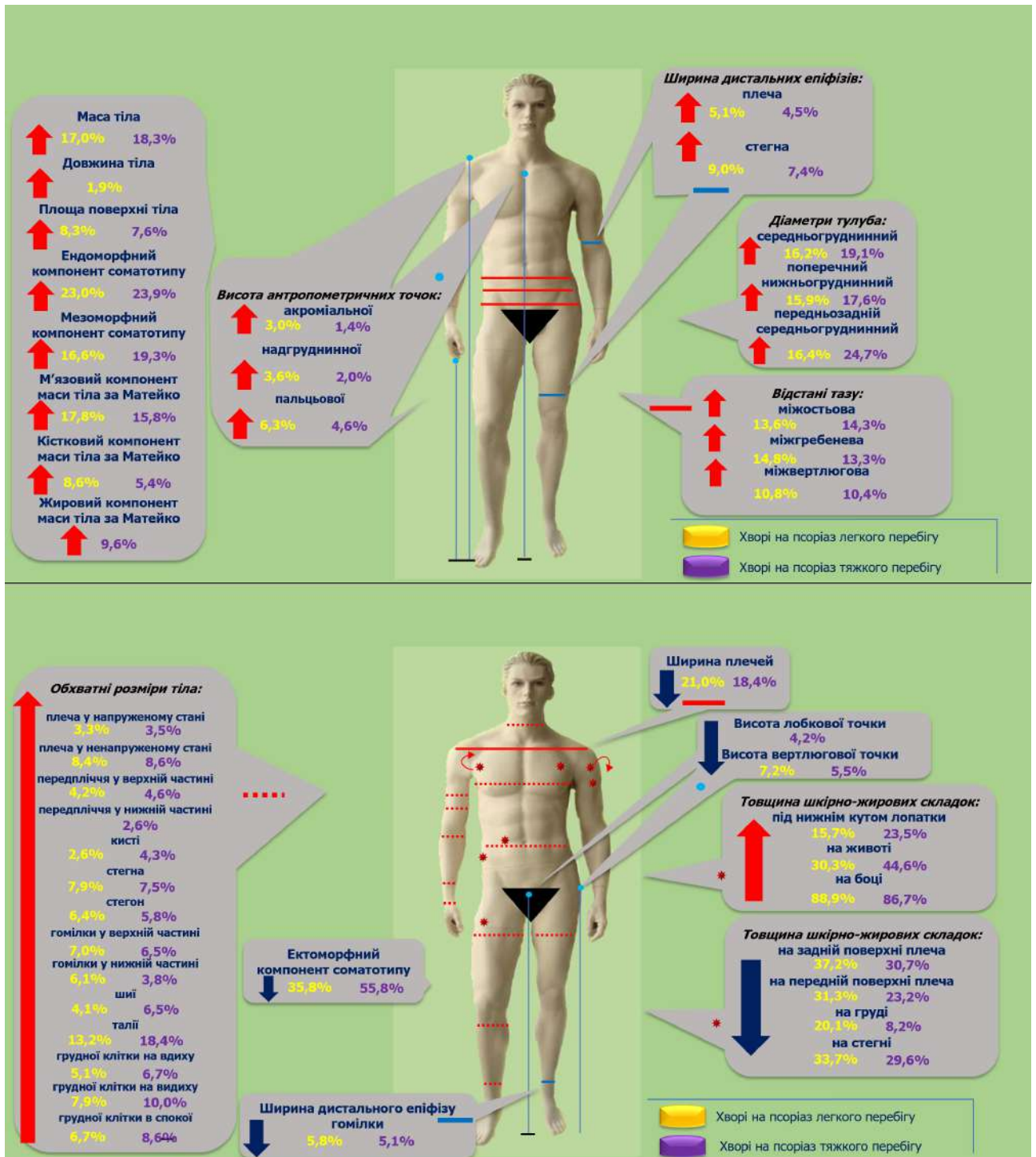


Рис. 6.3. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на псоріаз із легким або важким перебігом чоловіками мезоморфного соматотипу.

У хворих на псоріаз чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* (рис. 6.4): більші значення – маси тіла на 39,5 % (лише з легким перебігом); довжини тіла на 4,3 % (лише з легким перебігом); площі поверхні тіла на 18,7 % (лише з легким перебігом); висоти (лише з легким перебігом) надгруднинної на 5,5 %,

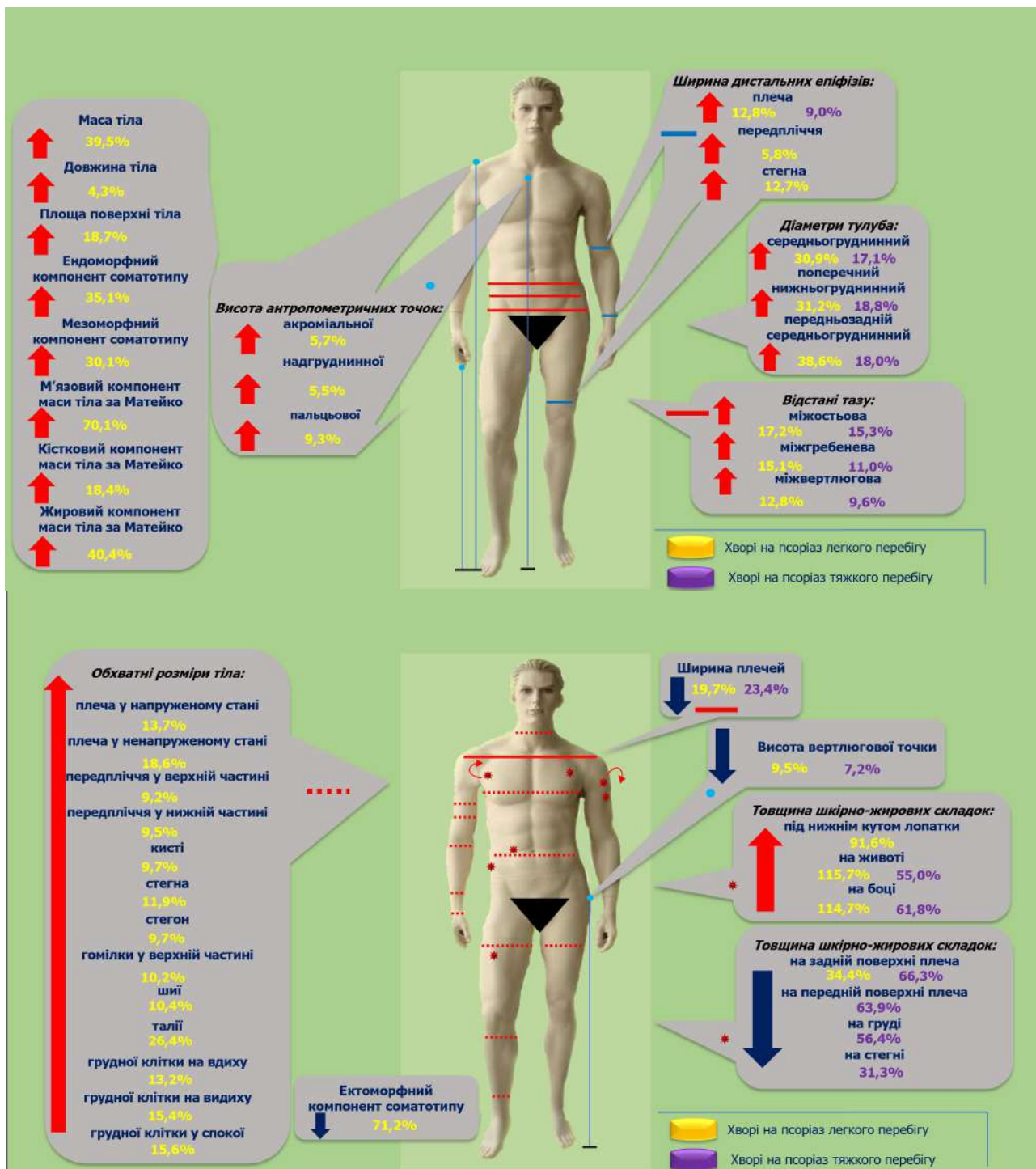


Рис. 6.4. Відмінності конституціональних параметрів тіла між практично здоровими та хворими на псоріаз із легким або важким перебігом чоловіками ендомезоморфного соматотипу.

акроміальної на 5,7 % та пальцевої на 9,3 % *антропометричних точок*; ширини *дистальних епіфізів* плеча на 12,8 % і 9,0 %, передпліччя на 5,8 % (лише з легким перебігом) та стегна на 12,7 % (лише з легким перебігом); поперечного середньогруднинного на 30,9 % і 17,1 %, поперечного нижньогруднинного на 31,2 % і

18,8 % та передньо-заднього середньогруднинного на 38,6 % і 18,0 % *діаметрів тулуба*; міжкостьової на 17,2 % і 15,3 %, міжгребеневої на 15,1 % і 11,0 % та міжвертлюгової на 12,8 % і 9,6 % *відстаней таза*; *обхватів* (лише з легким перебігом) плеча у напруженому стані на 13,7 %, плеча у ненапруженому стані на 18,6 %, передпліччя у верхній частині на 9,2 %, передпліччя у нижній частині на 9,5 %, кисті на 9,7 %, стегна на 11,9 %, стегон на 9,7 %, гомілки у верхній частині на 10,2 %, шиї на 10,4 %, талії на 26,4 %, грудної клітки на вдиху на 13,2 %, грудної клітки на видиху на 15,4 % та грудної клітки у спокійному стані на 15,6 %; *товщини шкірно-жирових складок* під нижнім кутом лопатки на 91,6 % (лише з легким перебігом), на животі на 115,5 % і 55,0 % та на боці на 114,7 % і 61,8 %; ендоморфного на 35,1 % (лише з легким перебігом) та мезоморфного на 30,1 % (лише з легким перебігом) *компонентів соматотипу за Хім-Картер*; м'язового на 70,1 % (лише з легким перебігом), кісткового на 18,4 % (лише з легким перебігом) та жирового на 40,4 % (лише з легким перебігом) *компонентів маси тіла за Матейко*;

менші значення – *висоти* вертлюгової антропометричної точки на 9,5 % і 7,2 %; *ширини плечей* на 19,7 % і 23,4 %; *товщини шкірно-жирових складок* на задній поверхні плеча на 34,4 % і 66,3 %, на передній поверхні плеча на 63,9 % (лише з важким перебігом), на груді на 56,4 % (лише з важким перебігом) та на стегні на 31,3 % (лише з важким перебігом); *ектоморфного компоненту соматотипу за Хім-Картер* на 71,2 % (лише з легким перебігом) (див. рис. 6.4).

Необхідно відмітити, що у більшості випадків (більш виражено для представників мезоморфного соматотипу) подібні відмінності між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками були встановлені нами при дослідженні українських чоловіків без розподілу на різні соматотипи. Привертає увагу лише, в більшості випадків, відсутність достовірних або тенденцій відмінностей тотальних, поздовжніх і обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу.

У чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз із легким або важким перебігом прояви “субпатологічного” конституціонального типу майже

співпадають із хворими чоловіками загальної групи: на фоні достовірно *більших*, або тенденцій до більших значень *довжини тіла* (лише з легким перебігом), *висоти* надгруднинної, акроміальної та пальцевої *антропометричних точок*, *ширини дистальних епіфізів* плеча та стегна, поперечного середньогруднинного, поперечного нижньогруднинного та передньо-заднього середньогруднинного *діаметрів тулуба*, а також *товщини шкірно-жирових складок* під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці, встановлені достовірно *менші*, або тенденцій до менших значень *висоти* лобкової (лише з важким перебігом) та вертлюгової *антропометричних точок*, *ширини дистального епіфіза* гомілки, *ширини плечей* та *товщини шкірно-жирових складок* на задній поверхні плеча, на передній поверхні плеча, на груді та на стегні.

У чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* хворих на псоріаз прояви “*субпатологічного*” конституціонального типу спостерігаються *лише у представників із легким перебігом захворювання*: на фоні достовірно *більших*, або тенденцій до більших значень *довжини тіла*, *висоти* надгруднинної, акроміальної та пальцевої *антропометричних точок*, поперечного середньогруднинного, поперечного нижньогруднинного та передньо-заднього середньогруднинного *діаметрів тулуба*, а також *товщини шкірно-жирових складок* під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці, встановлені достовірно *менші*, або тенденцій до менших значень *висоти* вертлюгової *антропометричної точки*, *ширини плечей* та *товщини шкірно-жирової складки* на задній поверхні плеча.

При порівнянні антропо-соматотипологічних показників *між хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу* чоловіками *мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів*, встановлено:

у хворих на псоріаз чоловіків *легкого перебігу* – більші значення у ендо-мезоморфів маси тіла на 24,6 %; *довжини тіла* на 3,5 %; *площі поверхні тіла* на 12,7 %; *висоти* акроміальної на 4,3 % та пальцевої на 3,9 % *антропометричних точок*; *ширини дистального епіфіза* плеча на 6,0 %; поперечного середньогруднинного на 15,5 %, поперечного нижньогруднинного на 13,2 % та передньо-заднього середньогруднинного на 27,0 % *діаметрів тулуба*; *обхватів* плеча у

напруженому стані на 6,4 %, плеча у ненапруженому стані на 6,7 %, передпліччя у нижній частині на 5,5 %, стегон на 5,9 %, стопи на 4,7 %, шиї на 6,7 %, талії на 20,0 %, грудної клітки на вдиху на 11,8 %, грудної клітки на видиху на 12,0 % та грудної клітки у спокійному стані на 12,7 %; товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча на 45,9 %, на передній поверхні плеча на 48,7 %, на передпліччі на 44,4 %, під нижнім кутом лопатки на 53,4 %, на груді на 42,3 %, на животі на 56,6 %, на боці на 45,6 %, на стегні на 44,1 % та на гомілці на 46,4 %; ендоморфного компоненту соматотипу за Хіт-Картер на 42,6 %; жирового компоненту маси тіла за Матейко на 56,2 % (рис. 6.5);

у хворих на псоріаз чоловіків *важкого перебігу* – більші значення у ендомезоморфів лише міжостьової відстані таза на 4,3 % та товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча на 26,1 %, на передпліччі на 28,1 %, на животі на 34,7 %, на боці на 28,7 % та на стегні на 29,6 %; а у представників мезоморфного соматотипу – лише ширини дистального епіфіза стегна на 7,1 %; обхватів стегна на 5,2 % та гомілки у верхній частині на 5,8 %; та мезоморфного компоненту соматотипу за Хіт-Картер на 18,9 % (рис. 6.6).

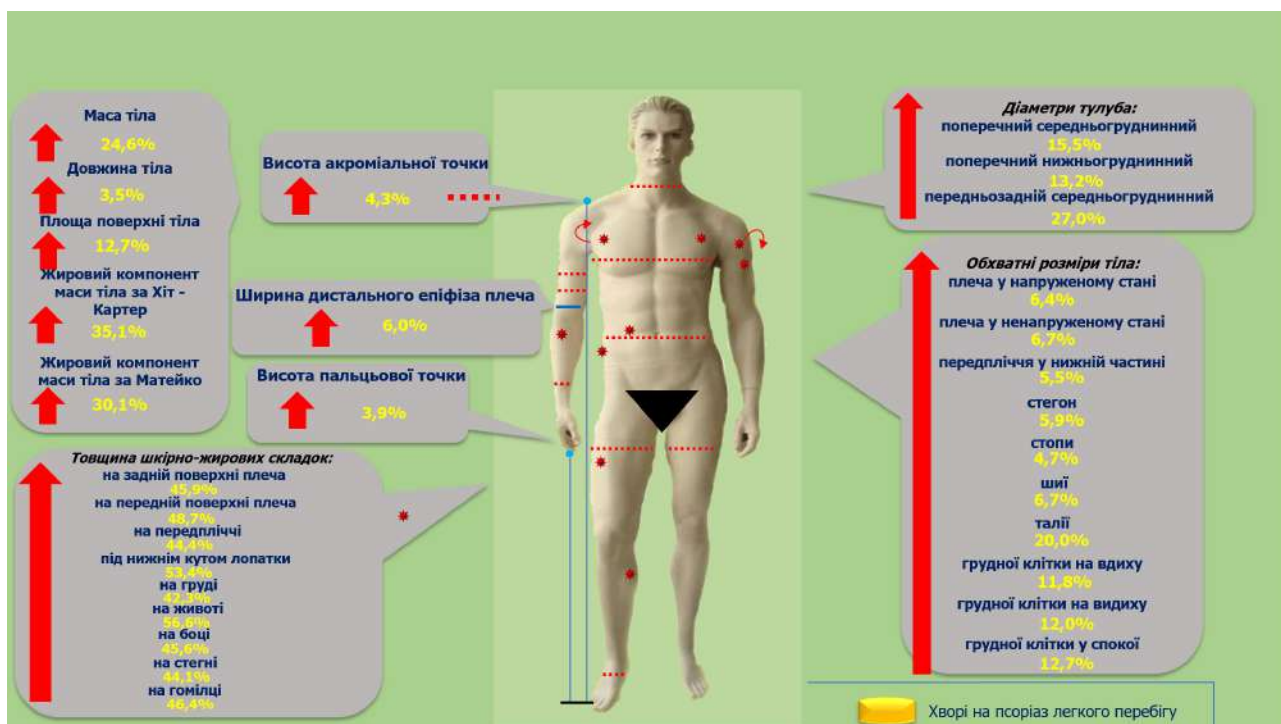


Рис. 6.5. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на псоріаз легкого перебігу чоловіками мезо- та ендомезоморфного соматотипів.

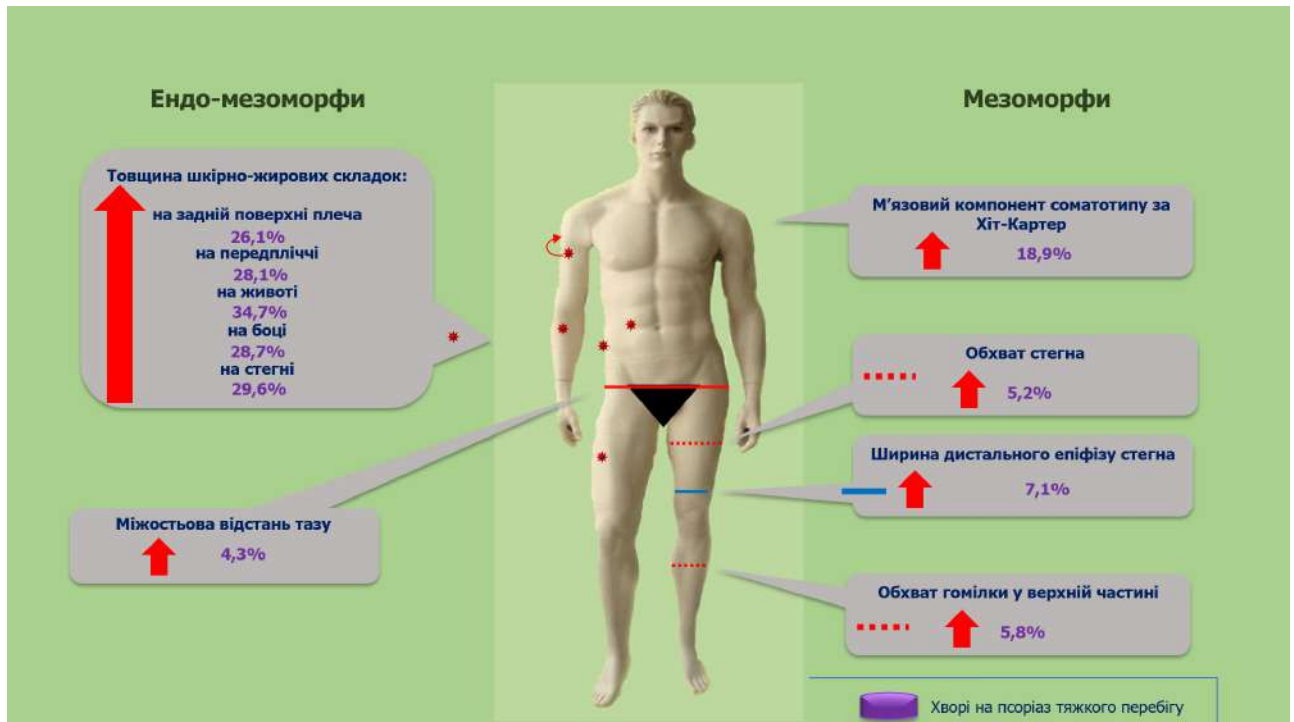


Рис. 6.6. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів.

Необхідно відмітити, що у більшості випадків, встановлені нами достовірні соматотипологічні відмінності тотальних, поздовжніх і поперечних розмірів тіла у хворих на псоріаз легкого перебігу чоловіків відсутні між практично здоровими чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів. Також, лише у хворих на псоріаз легкого перебігу чоловіків відмінності обхватних розмірів тіла між представниками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів подібні до здорових чоловіків, однак мають більш виражений характер.

При порівнянні антропометричних показників *між хворими на псоріаз чоловіками легкого та важкого перебігу мезоморфного соматотипу* (рис. 6.7), встановлені більші значення довжини тіла на 1,6 %, висоти надгруднинної на 1,5 % та акроміальної на 1,6 % *антропометричних точок* і *обхвату* гомілки у нижній частині на 2,4 % у представників із легким перебігом захворювання; а також передньо-заднього середньогруднинного діаметра на 7,2 %, *обхватів* передпліччя у нижній частині на 2,0 %, шиї на 2,4 %, талії на 5,9 %, грудної клітки на вдиху на 1,8 %, грудної клітки на видиху на 2,3 % та грудної клітки у спокійному стані на 2,1 % у представників із важким перебігом захворювання.

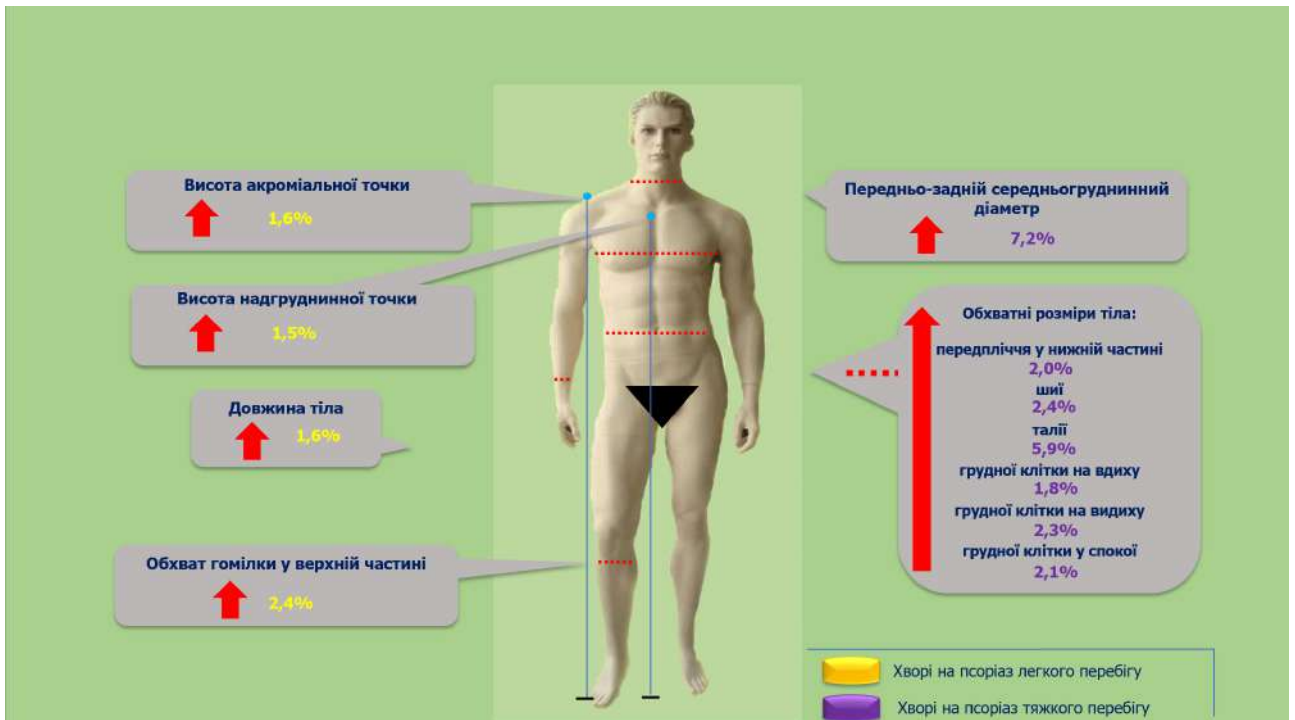


Рис. 6.7. Відмінності конституціональних параметрів тіла між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу.

Між *хворими на псоріаз чоловіками легкого та важкого перебігу ендомезоморфного соматотипу*, встановлено лише тенденцію до більших значень ендоморфного компоненту соматотипу за Хім-Картер на 27,2 % у представників із легким перебігом захворювання.

Необхідно відмітити, що при порівнянні обхватних розмірів тіла між хворими на псоріаз із легким і важким перебігом захворювання українськими чоловіками без урахування соматотипу були встановлені лише більші значення обхвату гомілки у нижній частині у хворих із легким перебігом псоріазу.

Незважаючи на успіхи в розвитку технологій діагностики та результатів лікування псоріазу, прогнозування його перебігу вивчено недостатньо. Відсутність адекватних, заснованих на науково-доведених даних алгоритмів ймовірнісної оцінки сукупності симптомів і ознак даної патології унеможливорює доклінічну діагностику та ускладнює лікарську оцінку ознак схильності до частого рецидивування. Це в свою чергу стає причиною зайвого суб'єктивізму в інтерпретації результатів досліджень та при складності і різноманітті механізмів патогенезу псоріазу може стати на заваді прийняттю правильного рішення [153, 263].

Використання сучасних медичних інформаційних технологій і програм є перспективним напрямком в медицині для ранньої діагностики та можливої профілактики багатьох мультифакторіальних захворювань, у тому числі і захворювань шкіри та її придатків [7, 11, 24].

В якості діагностичних ознак для математичного моделювання необхідно вибирати показники, які доступні вимірюванням і мають досить широкий діапазон значень при різних умовах захворювання (наприклад, форма та тип перебігу), що дає можливість визначити змінні (в нашому випадку антропометричні та соматотипологічні показники), які поділяють (дискримінують) отримані стани пацієнтів («здорові», «хворі», «форма або тип перебігу хвороби») [238].

Нами побудовані дискримінантні моделі для прогнозування до якої сукупності можуть належати чоловіки загальної групи та різних соматотипів у залежності від антропо-соматотипологічних параметрів тіла – до потенційно здорових, або до потенційно хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу.

При аналізі дискримінантних рівнянь у *чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу* встановлено, що можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації як між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу, так і між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками (статистика Wilks' Lambda=0,074 в загальній групі; статистика Wilks' Lambda=0,077 у представників мезоморфного соматотипу). У *чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу* можлива достовірна ($p < 0,001$) інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими та хворими на псоріаз різного перебігу чоловіками (статистика Wilks' Lambda=0,027).

До складу дискримінантних моделей у *чоловіків загальної групи* входять діаметри тіла і ТШЖС (по 44,4 %) та жировий компонент маси тіла (11,1 %); у *чоловіків мезоморфного соматотипу* – діаметри тіла (57,1 %), ТШЖС (28,6 %) і площа поверхні тіла (14,3 %); у *чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу* – діаметри тіла (60,0 %) та ТШЖС на стегні і висота пальцевої антропометричної точки (по 20,0 %). Причому, найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу вносить ширина плечей,

а у чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу – ширина плечей, міжкостьова та міжребенева відстані таза. Подібні результати (високий відсоток входження до моделей діаметрів тулуба й таза), особливо при розподілі чоловіків на соматотипи, вказують на високу генетичну схильність даного мультифакторіального захворювання [14].

На основі проведеного дискримінантного аналізу, розроблена комп'ютерна програма “Psoriasis Test” (отримане авторське свідоцтво на твір № 111695), яка дозволяє лікарям-дерматологам провести оцінку можливого ризику виникнення та особливостей перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів у залежності від особливостей будови і розмірів тіла.

ПРОГНОЗУВАННЯ МОЖЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ПСОРИАЗ	
довжина тіла (см)	
маса тіла (кг)	
висота пальцевоїантропометричної точки(см)	
ширина плечей(см)	
міжребенева відстань тазу(см)	
міжкостьова відстань тазу(см)	
обхват гомілки у верхній третині(см)	
обхват плеча у напруженому стані(см)	
передньо - задній середньогруднинний діаметр(см)	
поперечний середньогрудний діаметр (см)	
ТШЖС на боці (мм)	
ТШЖС на гомілці (мм)	
ТШЖС на грудях (мм)	
ТШЖС на животі (мм)	
ТШЖС на задній поверхні плеча (мм)	
ТШЖС на передній поверхні плеча (мм)	
ТШЖС на передпліччі (мм)	
ТШЖС на стегні (мм)	
ТШЖС під лопаткою (мм)	
ШДЕ плеча (см)	
ШДЕ стегна (см)	

Прізвище
 Ім'я
 Побатькові
 соматотип
ПОКАЗНИКИ КЛАСИФІКАЦІЇ (умовні одиниці)
 Для здорових -
 Для хворих легкого перебігу -
 Для хворих тяжкого перебігу -
ВИСНОВОК: Належить до пацієнтів:

Рис. 6.8. Вікно комп'ютерної програми “Psoriasis Test”

Резюмуючи вищевикладене, можна сказати, що конституціональний підхід – цінний інструмент в руках практикуючих дерматологів, який дозволяє індивідуально підійти до діагностики та лікування хворих із псоріазом. Маючи в своєму розпорядженні повну лінійку антропометричних ознак у пацієнтів з різними

ступенями важкості дерматозу, лікар зможе здійснити більш обґрунтований вибір терапії, виходячи з індивідуальної клінічної картини, що в свою чергу призведе до поліпшення ефективності лікування і якості життя пацієнтів.

Вплив псоріазу на психоемоційний статус загальноновизнано [38, 98, 148]. Хронічний характер дерматозу, тяжкість перебігу із частими рецидивами призводять до порушення звичного стиля поведінки, інсомнії, дисгармонії з оточуючим світом, виникнення невротичних реакцій, тривожності та депресії. Хворі на псоріаз відрізняються від здорових однолітків труднощами у спілкуванні, аспонтанністю, емоційною нестриманістю, невпевненістю у своїх силах і підвищеною чутливістю [54, 72]. За даними Janowski K. і співавт. [123] тривожні розлади, виявлені у 95 % хворих на псоріаз, переважають у пацієнтів із більш важким перебігом.

При дослідженні рівня екстравертованості у хворих на даний дерматоз дітей визначено зниження його у міру поважчання ступеня захворювання [174, 218]. Автори характеризують хворих у порівнянні із групою контролю як більш замкнених, сором'язливих, які прагнуть захистити свій внутрішній світ від оточуючих. Вказуються на високий показник емоційної нестабільності (нейротизму), що зростає зі збільшенням важкості захворювання.

У той же час Zeljko-Penavić J. [259] зазначає, що у хворих на псоріаз показники, що характеризують спрямованість особистості (екстраверсія), не відрізнялися від здорових досліджуваних та відповідали нормативним показникам своєї вікової групи. Необхідно взяти до уваги, що автор в ході дослідження аналізував лише усереднені показники. Аналогічним чином, у нашому дослідженні при порівнянні середніх значень показника екстравертованості між здоровими чоловіками та хворими на псоріаз легкого і/або важкого перебігу без та з урахуванням соматотипу не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей.

Двофакторна модель особистості, запропонована Г. Айзенком, дозволила нам в ході визначення відсоткового розподілу за рівнем основних показників між досліджуваними групами оцінити спрямованість особистості на внутрішній або

зовнішній світ, а також виявити рівень емоційної напруженості. Рівень екстраверсії-інтроверсії та нейротизму є генетично детермінованими і їх прояв суто індивідуальний [99, 168]. Ці властивості структури особистості суттєво впливають на перебіг та прогноз псоріазу.

Відсоток осіб з переважанням інтроверсії, як правило, є більшим порівняно зі здоровими особами. Інтравертовані пацієнти нерідко настільки «занурені в хворобу», «захоплені» хворобливими відчуттями, що постійно думають про свою хворобу та її наслідки. У пацієнтів із більш важким перебігом дерматозу з урахуванням і без урахування соматотипу реєструється вищий рівень нейротизму порівняно з аналогічними групами порівняння з більш легким перебігом захворювання. Отримані результати характеризують емоційну нестабільність пацієнтів, причому відомо, що нейротизм, за деякими даними, пов'язаний з показниками лабільності нервової системи [42, 257].

При порівнянні досліджуваних показників між групами з різним перебігом захворювання, нами встановлені достовірно більші та тенденції до більших значень відсоткової частки:

осіб з *потенційною інтравертованістю* серед хворих загалом (19,12 %) і у ендо-мезоморфів (22,22 %) із важким перебігом порівняно зі здоровими досліджуваними без урахування соматотипу (8,54 %) та групою контролю аналогічного соматотипу (0 %);

осіб з *низьким рівнем нейротизму* серед хворих загалом (50,00 %), у мезоморфів (46,43 %) і ендо-мезоморфів (75,00 %) з легким перебігом псоріазу порівняно з хворими без урахування соматотипу, мезоморфами та ендо-мезоморфами з важким перебігом дерматозу (19,12 %, 18,18 % і 11,11 %);

осіб з *середнім рівнем нейротизму* серед хворих загалом (22,06 %) і у мезоморфів (20,00 %) з важким перебігом псоріазу порівняно із хворими без урахування соматотипу і мезоморфами з легким перебігом дерматозу (3,13 %, 3,57 %);

осіб, які відповідали *нещиро*, серед хворих на псоріаз легкого перебігу (87,50 %) порівняно з хворими з важким перебігом (66,18 %).

На думку ряду авторів, у підвищенні рівня особистісної та ситуативної тривожності відіграють важливу роль такі фактори як дискомфорт в ділянці ураженої патологічним процесом шкіри тіла, кінцівок і волосистої частини голови, порушення функції суглобів (при поширеній і ускладненій формі), погіршення матеріального становища і втрата соціальних контактів. Встановлена достовірна кореляція між позитивною динамікою захворювання та зниженням рівня нейротизму й тривожності [125, 254].

При дослідженні показників особистісної тривожності по Спілбергу Remröd С. із співавт. [218] виявлено достовірно вищі їх значення у підлітків, хворих на псоріаз, ніж у здорових. Поряд з цим, показники особистісної тривожності у хворих досліджуваних були значно вищими, ніж показники реактивної тривожності. У здорових підлітків показник реактивної тривожності виявився трохи вищим, ніж у хворих однолітків.

Аналіз даних, отриманих нами при анкетуванні хворих за шкалою самооцінки тривожності Спілберга-Ханіна, дозволив виявити наявність у пацієнтів із псоріазом помірної реактивної та особистісної тривожності.

Так, при порівнянні досліджуваних показників *між групами з різним перебігом захворювання*, встановлено достовірно більші та тенденції до більших значень відсоткової частки:

у осіб із *низьким рівнем ситуативної тривожності* серед хворих загалом (12,50 %) і мезоморфів (14,29 %) із легким перебігом псоріазу порівняно з хворими без урахування соматотипу та мезоморфами з важким перебігом дерматозу (2,94 % і 3,04 %);

осіб із *низьким рівнем ситуативної тривожності* серед хворих загалом (21,88 %) і мезоморфів (17,86 %) із легким перебігом псоріазу порівняно з хворими без урахування соматотипу та мезоморфами з важким перебігом дерматозу (8,82 % і 5,45 %);

При порівнянні досліджуваних показників *між групами з різним типом тілобудови*, встановлено достовірно більші та тенденції до більших значень відсоткової частки:

осіб із *середнім рівнем ситуативної тривожності* серед ендо-мезоморфів, хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу (100 % в обох випадках) порівняно з мезоморфами з відповідною тяжкістю перебігу захворювання (63,64 % і 46,43 %);

осіб із *високим рівнем ситуативної тривожності* серед мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (30,91 %), порівняно з ендо-мезоморфами з відповідною тяжкістю перебігу захворювання (0 %);

осіб із *низьким рівнем особистісної тривожності* серед ендо-мезоморфів, хворих на псоріаз важкого перебігу (22,22 %), порівняно з мезоморфами, хворими на дерматоз аналогічної важкості перебігу (5,45 %);

осіб із *низьким рівнем особистісної тривожності* серед здорових ендо-мезоморфів (46,15 %) порівняно зі здоровими мезоморфами (12,82 %);

осіб із *середнім рівнем особистісної тривожності* серед здорових мезоморфів (71,79 %) порівняно зі здоровими ендо-мезоморфами (30,47 %).

Очевидно, зниження рівня реактивної тривожності у хворих на псоріаз порівняно з рівнем у здорових можна пояснити позитивною реакцією на лікування, можливістю поліпшення соматичного стану [213].

Встановлено, що для хворих на псоріаз характерні як безсимптомний перебіг, так і багата клінічна картина. Хвороба варіює за ступенем важкості від невеликих локалізованих ділянок до ураження всього тіла. Згодом, у більшості хворих псоріаз вражає нігті рук та ніг, спричиняючи заглибини, зміни кольору, пожовтіння тощо. Травми шкіри можуть спричинити псоріатичні бляшки у подразненому місці [22, 200].

Дерматоз підвищує шанси розвитку неврозів, депресії, може значно погіршувати психічне здоров'я через суспільну стигматизацію та призводить до соціальної ізоляції й дезадаптації. Встановлено суттєве зниження якості життя при загостренні псоріазу [118, 223]. Однак у літературі недостатньо представлені дані про вивчення залежності різноманітності клінічної симптоматики від ступеня акцентуації характеру (тобто сильної виразності основних рис характеру) пацієнтів.

Для виявлення взаємозв'язку між виразністю клінічних проявів та типом акцентуації характеру пацієнтів із псоріазом всім досліджуваним виконано суб'єктивне та об'єктивне клінічне обстеження, проведено анкетування за опитувальником Шмішека.

За показником акцентуації характеру гіпертимного, дистимного та демонстративного типу між різними групами досліджуваних не встановлено достовірних відмінностей або тенденцій відмінностей. Із наведеного нижче розподілу типів акцентуацій у здорових досліджуваних із урахуванням і без урахування соматотипу видно, що тип тілобудови суттєво не вплинув на вираженість окремих рис характеру та їх комбінацій у даного контингенту осіб.

У контрольній групі досліджуваних без урахування соматотипу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 37,80 %; застрягаючий – у 1,22 %; емотивний – у 1,22 %; педантичний – у 3,66 %; тривожний – у 1,22 %; циклотимний – у 10,98 %; демонстративний – у 3,66 %; збудливий – у 7,32 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 14,63 %.

У контрольній групі досліджуваних мезоморфного соматотипу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 38,46 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 0 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 10,26 %; демонстративний – у 5,13 %; збудливий – у 5,13 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 10,26 %.

У контрольній групі досліджуваних ендо-мезоморфного соматотипу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 23,08 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 0 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 7,69 %; демонстративний – у 7,69 %; збудливий – у 7,69 %; дистимний – у 0 %; екзальтованого типу – у 15,38 %.

У клінічних дослідженнях встановлено, що рівень тривоги та депресії у пацієнтів із більш важким перебігом дерматозів значно вищий, ніж у осіб із легким перебігом [230, 245]. При використанні опитувальника Шмішека виявляються найбільш часті типи: застрягаючий, педантичний, циклотимний, екзальтований, емотивний. З урахуванням представлених акцентуацій характеру, хворим

притаманні загальні психологічні риси: занудливість, формалізм, надмірна чутливість, уразливість, підозрілість, небалакучість, часта зміна настрою, тяжке переживання невдач і життєвих катаклізмів, періодична втрата працездатності [124, 159].

У досліджуваних із легким перебігом псоріазу без урахування соматотипу нами виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 40,63 %; застрягаючий – у 3,13 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 3,13 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 3,13 %; демонстративний – у 6,25 %; збудливий – у 6,25 %; дистимний – у 0 %; екзальтований тип – у 0 %.

У досліджуваних із важким перебігом псоріазу без урахування соматотипу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 36,76 %; застрягаючий – у 2,94 %; емотивний – у 4,41 %; педантичний – у 7,35 %; тривожний – у 14,71 %; циклотимний – у 7,35 %; демонстративний – у 4,41 %; збудливий – у 10,29 %; дистимний – у 7,35 %; екзальтований тип – у 7,35 %.

У досліджуваних мезоморфного соматотипу з легким перебігом псоріазу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 39,29 %; застрягаючий – у 3,57 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 3,57 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 3,57 %; демонстративний – у 7,14 %; збудливий – у 7,14 %; дистимний – у 0 %; екзальтований тип – у 0 %.

У досліджуваних мезоморфного соматотипу з важким перебігом псоріазу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 40,00 %; застрягаючий – у 1,82 %; емотивний – у 5,45 %; педантичний – у 9,09 %; тривожний – у 16,36 %; циклотимний – у 9,09 %; демонстративний – у 3,64 %; збудливий – у 10,91 %; дистимний – у 7,27 %; екзальтований тип – у 9,09 %.

У досліджуваних ендо-мезоморфного соматотипу з легким перебігом псоріазу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 50,00 %; застрягаючий – у 0 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 0 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 0 %; демонстративний – у 0 %; збудливий – у 0 %; дистимний – у 0 %; екзальтований тип – у 0 %.

У досліджуваних ендо-мезоморфного соматотипу з важким перебігом псоріазу виявлено наступний відсотковий розподіл типів акцентуації: гіпертимний – у 22,22 %; застрягаючий – у 11,11 %; емотивний – у 0 %; педантичний – у 0 %; тривожний – у 0 %; циклотимний – у 0 %; демонстративний – у 11,11 %; збудливий – у 11,11 %; дистимний – у 0 %; екзальтований тип – у 0 %.

Таким чином, *при поважчанні перебігу псоріазу серед досліджуваних без урахування соматотипу* відмічається зменшення відсоткової частки осіб із гіпертимним і демонстративним і збільшення – з емотивним, педантичним, тривожним, циклотимним, збудливим, дистимним і екзальтованим типом акцентуації характеру; *серед пацієнтів мезоморфного соматотипу* відмічається зменшення відсоткової частки осіб із застрягаючим і демонстративним і збільшення – з емотивним, педантичним, тривожним, циклотимним, збудливим, дистимним і екзальтованим типом акцентуації характеру; *серед пацієнтів ендо-мезоморфного соматотипу* відмічається зменшення відсоткової частки осіб із гіпертивним і збільшення – із застрягаючим, демонстративним і збудливим типом акцентуації характеру. Все це підтримує патологічно високий рівень афективної напруженості, що порушує вегетативний баланс в організмі, може виступати патогенним фактором розвитку психосоматичного захворювання та призводить до неефективності лікування псоріазу.

На сьогоднішній день проблема підвищення якості життя хворих на псоріаз залишається актуальною та соціально значущою у всьому світі. Статистичний аналіз захворюваності на даний дерматоз свідчить про її неухильне зростання як у дітей, так і людей дорослого й похилого віку [236].

Факт захворювання переживається людьми по-різному, але в будь-якому випадку зіткнення з ним болісно та спричиняє зміни, які не завжди допомагають подолати недуг. У літературі їх описують як критичні, емоційно-важкі, напружені, конфліктні, патогенні, стресові, проблемні. Ситуацію важкого дерматологічного захворювання об'єднує те, що воно є незвичним та пред'являє пацієнту вимоги, що перевищують його нормальний адаптивний потенціал [145].

Наразі є непрямі свідчення участі психологічних факторів в етіопатогенезі

загострень і ускладнень псоріазу. Серед поведінкових розладів найбільш поширені тривога та емоційна пригніченість. У періоді загострення псоріазу частота психічних порушень варіюється в діапазоні від 42-56 %, а в періоді ремісії відзначається лише на рівні 12 %. Все більше уваги приділяється проблемам адаптації хворих до стану здоров'я, виявляються фактори психологічної готовності та прихильності до лікування. Тривала підтримка компенсації при псоріазі неможлива без активної участі хворого в лікувальному процесі. Слідування терапевтичному режиму при даному захворюванні є, мабуть, одним з найважчих завдань в рамках медицини хронічних дерматозів. Контрольні та лікувальні заходи проводяться хворим на повсякденній основі, істотно зачіпають їх спосіб життя, примушують обмежувати соціальні контакти, утруднюють самореалізацію. У разі виникнення загострення утруднюється задоволення актуальних потреб, що призводить до зниження якості життя [143].

Водночас, що більш усвідомлено і продуктивно пацієнт бере участь у лікуванні, то вища ефективність профілактики загострень даної патології. Позиція хворого щодо лікування характеризується локусом його суб'єктивного контролю [104]. У літературі, присвяченій вивченню суб'єктивного контролю при хронічних дерматозах, виділяють 2 полярних типи ставлення до лікування. При одному з них, властивому екстернальному типу, сама можливість ефективної терапії заперечується або відповідальність за лікувальний процес повністю перекладається на інших осіб (найчастіше лікарів). При другому, притаманному інтернальному, процес лікування розглядається як результат власної діяльності. Екстернальний тип суб'єктивного контролю може асоціюватися у хворих на псоріаз із різними варіантами порушення контрольного та терапевтичного режиму, найгіршою компенсацією захворювання. Навпаки, інтернальний тип пов'язаний із прагненням хворого досягнути найшвидшої та найтривалішої ремісії [3, 74].

У чоловіків *без урахування типу тілобудови* за показниками рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач, власне, незадоволеність прожитим життям, виявлено тенденцію ($p=0,067$) до зниження (на 10,68 %) інтернальності в групі з важким перебігом псоріазу, порівняно зі здоровими чоловіками. Зафіксовано

достовірне ($p < 0,05$) зниження цінності міжособистісних відносин в обох групах хворих на псоріаз чоловіків без урахування соматотипу (відповідно на 12,09 % і 10,75 %) порівняно з контрольною групою. Також в обох групах хворих без урахування соматотипу встановлено переважання екстернального локусу контролю, про що свідчить достовірне ($p < 0,001$) зниження можливості впливати на власне здоров'я у хворих із легким і важким перебігом дерматозу (відповідно на 19,12 % і 18,39 %) порівняно з контрольною групою. Достовірних, або тенденцій відмінностей щодо загального рівня інтернальності, показника рівня суб'єктивного контролю в галузях досягнень, невдач, сімейних, навчальних (професійних), міжособистісних відносин і в галузі здоров'я та хвороби між групами хворих без урахування соматотипу з різною тяжкістю перебігу псоріазу знайдено не було.

При розподілі досліджуваних за типом тілобудови встановлено наступні особливості показника суб'єктивного контролю за різними галузями соціального, професійного і особистого життя. За показником загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю, виявлено тенденцію ($p = 0,066$) до зниження інтернальності в групі мезоморфів із важким перебігом псоріазу (на 11,57 %) порівняно з групою контролю аналогічного соматотипу. Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень у чоловіків ендо-мезоморфів із легким перебігом псоріазу має тенденцію ($p = 0,060$) до збільшення (на 22,61 %) порівняно з групою контролю аналогічного соматотипу. Показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач у чоловіків мезоморфів із легким і важким перебігом псоріазу достовірно ($p < 0,05$) менший (відповідно на 19,34 % і 22,33 %) порівняно з групою контролю аналогічного соматотипу. Рівень суб'єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин у чоловіків мезоморфів із легким і важким перебігом псоріазу достовірно ($p < 0,05$) менший (відповідно на 17,39 % і 15,18 %) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу. Рівень суб'єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин у чоловіків мезоморфів із легким і важким перебігом псоріазу достовірно ($p < 0,05$) менший (відповідно на 23,19 % і 22,36 %) порівняно із групою контролю аналогічного соматотипу.

Таким чином, оцінка показників рівня суб'єктивного контролю на основі шкали Роттера відкриває перед лікарем можливість впливу на позицію пацієнта. Незалежно від важкості захворювання, коли хворі на псоріаз зіштовхуються зі своїми невдачею та неприємностями, вони можуть сприймати їх як результати дій, які не залежать від їх зусиль і мають зовнішні причини, що може грати захисну роль, знижуючи рівень тривожності та невпевненості у собі. У переважній більшості хворих із різним перебігом захворювання без урахування соматотипу та у хворих мезоморфів в сфері міжособистісних, професійних відносин інтернальність знижена, тобто у них знижується бажання брати на себе відповідальність за міжособистісні та професійні взаємовідносини. Також хворі схильні вважати сімейні відносини залежними від впливу інших членів сім'ї та випадковостей долі. Низька інтернальність в галузі здоров'я та хвороби у пацієнтів із різною тяжкістю перебігу псоріазу без урахування соматотипу та у хворих мезоморфів вказує на нагальну необхідність зміни уявлень хворих на псоріаз про відповідальність за своє здоров'я та підвищення особистої зацікавленості у одужанні. У чоловіків же ендо-мезоморфів із легким перебігом псоріазу показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень має виражену тенденцію до збільшення порівняно з групою контролю аналогічного соматотипу (причому, рівень інтернальності виявився найбільшим порівняно з усіма групами порівняння). Виявлені закономірності можуть бути пояснені як соціально-психологічними особливостями, так і особистісними характеристиками досліджуваних. При даній патології необхідно організовувати лекційні заняття в системі школи здоров'я, здійснювати психотерапевтичну роботу у межах раціонально-поведінкової психотерапії.

Підводячи підсумок усієї роботи слід підкреслити, що проведені дослідження дають можливість індивідуалізації програм діагностики, лікування та профілактики псоріазу. Успішність її вирішення багато в чому залежить від того, наскільки повно, системно будуть описані і соматична, і психічна складові індивідуальності пацієнта з урахуванням всього комплексу біологічних та психічних факторів, що впливають на його здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-практичної задачі, яка полягає у встановленні розбіжностей антропометричних, соматотипологічних показників і показників особливостей особистості між здоровими та хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками без урахування соматотипу та представників мезоморфного або ендо-мезоморфного соматотипів, розбіжності даних показників між хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу чоловіками, а також, побудовані дискримінантні моделі можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи та відповідних соматотипів в залежності від особливостей будови та розмірів тіла.

1. У чоловіків загальної групи хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу всі тотальні та більшість поздовжніх (окрім, висоти лобкової і вертлюгової антропометричних точок), поперечних (окрім, ширини плечей і ШДЕ гомілки), обхватних розмірів тіла (окрім, обхвату стопи), ендоморфний і мезоморфний компоненти соматотипу та м'язовий і кістковий компоненти маси тіла більші ($p < 0,05-0,001$) порівняно зі здоровими особами; а більшість показників ТШЖС (окрім, під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці) і ектоморфний компонент соматотипу – менші ($p < 0,05-0,001$) порівняно зі здоровими чоловіками.

У хворих з легким перебігом псоріазу чоловіків загальної групи, порівняно з важким перебігом, встановлено більші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,058-0,087$) значення довжини тіла, висоти надгруднинної, лобкової та пальцевої антропометричних точок, ШДЕ передпліччя та стегна, обхвату гомілки у нижній частині та кісткового компоненту маси тіла.

2. У чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу та лише у хворих на псоріаз легкого перебігу чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу*, порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу, картина антропо-соматотипологічних розбіжностей у більшості випадків співпадає з розбіжностями встановленими в загальних групах. У чоловіків

ендо-мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз важкого перебігу, порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу, встановлені лише більші ($p < 0,05-0,001$) значення практично усіх діаметрів тулуба, таза та ТШЖС під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці, а також менші ($p < 0,05-0,001$) значення висоти вертлюгової антропометричної точки, ширини плечей та ТШЖС на задній та передній поверхні плеча, на груді та на стегні.

У чоловіків мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз із легким перебігом порівняно з важким перебігом захворювання встановлені більші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,064$) значення довжини тіла, висоти надгруднинної та акроміальної антропометричних точок і обхвату гомілки у нижній частині; та менші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,072-0,088$) значення передньо-заднього середньогруднинного діаметра, обхватів передпліччя у нижній частині, шії, талії, грудної клітки на вдиху, на видиху та у спокійному стані; а у чоловіків *ендо-мезоморфного соматотипу* – лише незначну тенденцію ($p = 0,090$) до більших значень ендоморфного компонента соматотипу у представників із легким перебігом захворювання.

У хворих на псоріаз легкого перебігу чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу, порівняно з хворими легкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу, встановлені більші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,056$) значення усіх тотальних розмірів тіла та показників ТШЖС, більшості діаметрів тулуба, обхватних розмірів тіла, висоти акроміальної та пальцевої антропометричних точок; ШДЕ плеча, ендоморфного компоненту соматотипу та жирового компоненту маси тіла; а у хворих важкого перебігу – більші ($p < 0,05-0,01$, $p = 0,067$) значення лише міжкостьової відстані таза та ТШЖС на задній поверхні плеча, на передпліччі, на животі, на боці та на стегні, а також менші ($p < 0,05$, $p = 0,076-0,077$) значення лише ШДЕ стегна, обхватів стегна та гомілки у верхній частині та мезоморфного компоненту соматотипу. Встановлені достовірні соматотипологічні відмінності тотальних, поздовжніх і поперечних розмірів тіла у хворих на псоріаз легкого перебігу відсутні між практично здоровими чоловіками мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів.

3. У чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз із легким або важким перебігом, а також чоловіків ендо-

мезоморфного соматотипу хворих на псоріаз із легким перебігом встановлені «субпатологічні» конституціональні типи, які відображаються «бочкоподібним» видовженим тулубом на фоні скорочених нижніх кінцівок та початковими проявами «андроїдного» типу накопичення жиру.

4. Розроблені на основі конституціональних параметрів тіла достовірні дискримінантні моделі дозволяють з високою ймовірністю прогнозувати можливість виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків загальної групи (коректність 84,1 % випадків, статистика Wilks' Lambda=0,074; $p < 0,001$) та представників мезоморфного соматотипу (коректність 83,6 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,077; $p < 0,001$). У чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу можлива лише достовірна дискримінація між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками (коректність 84,6 % випадків; статистика Wilks' Lambda=0,027; $p < 0,001$). До складу побудованих дискримінантних рівнянь у чоловіків загальної групи найбільш часто входять діаметри тіла і ТШЖС (по 44,4 %); у чоловіків мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів – діаметри тіла (відповідно 57,1 % і 60,0 %). Найбільший внесок у дискримінацію у чоловіків загальної групи та представників мезоморфного соматотипу вносить ширина плечей, а у чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу – ширина плечей, міжостьова та міжребенева відстані тазу.

5. Проведене дослідження виявило переважання у структурі особистості хворих на псоріаз із легким або важким перебігом дерматозу порівняно з контрольною групою *без урахування соматотипу* таких характеристик як інтровертованість (на 10,58 % у хворих із важким перебігом), нижчий рівень нейротизму (на 39,02 % у хворих із легким перебігом), схильність до нещирості (на 22,87 % у хворих із легким перебігом), наявність акцентуації характеру за тривожним і дистимічним типом (відповідно на 13,49 % і 7,35 % у хворих із важким перебігом), схильність до розвитку акцентуації характеру за емотивним і циклотимним типом (відповідно на 17,07 % в обох випадках у хворих із легким перебігом) та зниження інтернальності за показниками рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач у хворих з важким перебігом (на 10,68 %) і цінності міжособистісних відносин в обох групах хворих (відповідно на 12,09 % і 10,75 %).

Серед хворих із важким перебігом захворювання порівняно з легким перебігом дерматозу *без урахування соматотипу* встановлено переважання осіб із середнім рівнем нейротизму (на 18,93 %), меншою схильністю до нещирості (на 20,7 %) та меншу частку осіб із низьким рівнем нейротизму, ситуативної і особистісної тривожності (відповідно на 39,02 %, 9,56 % і 13,06 %); більшу частку досліджуваних із наявністю акцентуації характеру за тривожним типом (на 14,71 %), схильністю до розвитку акцентуації характеру за застрягаючим і циклотимним типом (відповідно на 21,5 % і 15,65 %) та меншу частку чоловіків із схильністю до розвитку акцентуації характеру за емотивним типом (на 17,65 %).

6. У чоловіків *відповідного соматотипу* хворих на псоріаз легкого або важкого перебігу порівняно зі здоровими чоловіками аналогічного соматотипу встановлено: у *мезоморфів* – більшу відсоткову частку осіб із низьким рівнем нейротизму (на 36,17 % із легким перебігом) та меншу – із середнім рівнем нейротизму (на 19,51 % із легким перебігом), з більшою схильністю до нещирості (на 16,48 % із легким перебігом), меншу відсоткову частку осіб із середнім рівнем ситуативної тривожності (на 33,49 % із легким перебігом), більшу відсоткову частку осіб із наявністю акцентуації характеру за педантичним і тривожним типом (на 9,09 % і 16,36 %) і меншу – із наявністю акцентуації характеру за екзальтованим типом (на 10,26 % із легким перебігом) та схильністю до розвитку акцентуації характеру за тривожним (на 22,07 % і 23,82 %), збудливим (на 29,3 % і 23,59 %), педантичним і циклотимним (на 23,72 % і 26,19 % із легким перебігом); зниження загальної інтернальності за рівнем суб'єктивного контролю (на 11,57 % із важким перебігом), суб'єктивного контролю в галузях невдач (на 19,34 % і 22,33 %), навчальних (професійних) відносин (на 17,39 % і 15,18 %), міжособистісних відносин (на 23,19 % і 22,36 %); у *ендо-мезоморфів* – більшу відсоткову частку осіб із потенційною інтравертованістю (на 22,22 % із важким перебігом) і з низьким рівнем нейротизму (на 59,62 % із легким перебігом), з середнім рівнем ситуативної і особистісної тривожності (на 30,77 % і 47,01 % із важким перебігом), підвищення інтернальності за показниками рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень (на 22,61 % із легким перебігом).

Між важким перебігом захворювання порівняно із легким перебігом дерматозу аналогічних соматотипів встановлено: у *мезоморфів* – більшу відсоткову частку осіб із середнім рівнем нейротизму (на 16,43 %) та меншу – із низьким рівнем нейротизму (на 28,25 %), ситуативної і особистісної тривожності (на 10,65 % і 12,41 %), більшу частку осіб із наявністю акцентуації характеру за тривожним типом (на 16,36 %) і зі схильністю до розвитку акцентуації характеру за застрягаючим і циклотимним типом (на 22,47 % і 16,5 %); у *ендо-мезоморфів* – меншу відсоткову частку осіб із низьким рівнем нейротизму (на 63,89 %) і з меншою схильністю до нещирості (на 55,56 %).

У хворих на псоріаз чоловіків мезоморфів порівняно з хворими ендомезоморфами з легким або важким перебігом дерматозу встановлено більшу відсоткову частку осіб із високим (на 53,57 % і 36,36 %) та меншу – із середнім рівнем ситуативної тривожності (35,71 % і 30,91 %) і низьким рівнем особистісної тривожності (на 16,77 % із легким перебігом).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антомонов, М. Ю. (2018) *Математическая обработка и анализ медико-биологических данных*. К.: МИЦ «Мединформ».
2. Бажин, Е. Ф., Голинкина, Е. А., & Эткинд, А. М. (1984). Метод исследования уровня субъективного контроля. *Психологический журнал*, 5(3), 152-162.
3. Бозина, М. А. (2020). Особенности межличностного общения у людей с разным уровнем рефлексии и субъективного контроля. *Молодой ученый*, 293(3), 286-289.
4. Бунак, В. В. (1941). *Антропометрия*. М.: Наркомпрос РСФСР.
5. Вартанова, О. Т. (2012). Характеристика выраженности жировой массы тела у мужчин, больных псориазом. *Журнал анатомии и гистопатологии*, 1(2), 55-56.
6. Дмитренко, С. В. (2008). Особливості будови тіла мешканців Поділля, хворих на різні форми псориазу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 12(1), 75-79.
7. Дмитренко, С. В., Маєвський, О. Є., & Макарчук, І. М. (2016). Дискримінантні моделі можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби у дівчат подільського регіону України в залежності від розмірів тіла. *Світ медицини та біології*, 4(58), 30-33.
8. Елисеєв, О. П. (2010). *Практикум по психології*. СПб: Питер.
9. Кашутин, С. Л., Шерстенникова, А. К., Калмин, О. В., Шутский, Н. А., & Шагров, Л. Л. (2018). Изучение содержания нейтрофилов, несущих молекулы адгезии, у больных псориазом в зависимости от соматотипа. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*, 4(48), 97-105.
10. Корнетов, Н. А. (2001). *Клиническая антропология – методологическая основа целостного подхода в медицине*. Сборник трудов республиканской конференции “Актуальные вопросы интегративной антропологии”. Красноярск (Т. 1, стр. 36-44). Красноярск: издательство КрасГМА.

11. Макаручук, І. М., Маєвський, О. Є., & Гунас, І. В. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання та особливостей перебігу вугрової хвороби в юнаків Поділля. *Вісник морфології*, 22(1), 160-163.
12. Мирошников, С. А., Кравец, О. Ю., Филиппова, М. Г., & Чернов, Р. В. (2006). *Приложение к методическим материалам экспертной системы индивидуального сопровождения "Лонгитюд": описание дополнений расширенной версии "Лонгитюд+"*. СПб.
13. Мороз, В. М., Гунас, І. В., & Сергета, І. В. (2003). Біомедична антропологія: проблеми, пошуки, перспективи (перше повідомлення). *Biomedical and biosocial anthropology*, (1), 2-5.
14. Никитюк, Б. А., Мороз, В. М., & Никитюк, Д. Б. (1998). *Теория и практика интегративной антропологии. Очерки*. Киев-Винница, "Здоров'я".
15. Николаев, В. Г., Синдеева, Л. В., & Максименко, В. Г. (2006). Состав тела и псориаз: клиничко-антропологические параллели. *Естествознание и гуманизм: сб. науч. тр. Томск*, 3(3), 26-27.
16. Николашина, О. Е., & Бакулев, А. Л. (2015). О взаимосвязи врожденного и адаптивного иммунитета при псориазе. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 11(3), 421-423.
17. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків загальної групи хворих на псориаз легкого та тяжкого перебігу*. The 9th International scientific and practical conference "Science, innovations and education: problems and prospects", Tokyo (pp. 83-86). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.
18. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у чоловіків різних соматотипів хворих на псориаз легкого та тяжкого перебігу*. The 10th International scientific and practical conference "Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects", MDPC Publishing, Berlin, Germany.
19. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків ме-*

зо- та ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу. The 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects”, Stockholm (pp. 29-34). SSPG Publish, Stockholm, Sweden.

20. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2022). *Компютерна програма для прогнозування можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу “Psoriasis Test”*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 111695; заявл. 10.12.2021, № с202108884, опубл. 09.02.2022.

21. Райгородский, Д. Я. (2004). *Практическая психодиагностика. Методики и тесты*. Самара: Издательский дом “Бахрах-М”.

22. Степаненко, В. І., Чоботар, А. І., & Бондар, С. О. (2015). *Дерматологія і венерологія: підручник*. Київ: ВСВ «Медицина».

23. Тарнавський, М. П. (2012). Міграційні процеси в Україні: причини і наслідки. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки*, 1(22), 3-10.

24. Чаплик-Чіжо, І. О. (2016). Моделювання за допомогою дискримінантного аналізу можливості захворювання на піодермії чоловіків і жінок в залежності від особливостей будови та розмірів тіла. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, 26, 68-71.

25. Шапаренко, П. Ф. (2000). *Антропометрія*. Вінниця: Друкарня Вінницького державного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

26. Шерстенникова, А. К., Кашутин, С. Л., & Калмин, О. В. (2019). Клиническая характеристика больных псориазом в зависимости от их соматотипа. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 15(4), 848-851.

27. Aalemi, A. K., Hamdard, A. G., & Chen, H. (2020). Association of metabolic syndrome with pediatric psoriasis: a case-control study in Kabul, Afghanistan. *International journal of dermatology*, 59(4), 451-456.

28. Aamir, I. S., Choudry, U. K., & Mannan, N. (2016). Association between chronic idiopathic urticaria and body mass index. *Pakistan Journal of Physiology*, 12(1), 35-37.

29. Adesanya, E. I., Schonmann, Y., Hayes, J. F., Mathur, R., Mulick, A. R., Rayner, L., ... & Mansfield, K. E. (2020). Risk factors for mental illness in adults with atopic eczema or psoriasis: protocol for a systematic review. *BMJ open*, *10*(12), e038324.
30. Agah Haris, M., & Ramezani, N. (2019). Comparing Personality Traits and Anxiety Sensivity among Patients with and without Psoriasis. *Quarterly journal of health psychology*, *7*(28), 67-82.
31. Ahn, H. J., Shin, M. K., Seo, J. K., Jeong, S. J., Cho, A. R., Choi, S. H., & Lew, B. L. (2019). Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria, and psoriasis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 1469-1478.
32. Ak, M., Hacıomeroglu, B., Turan, Y., Lapsekili, N., Doruk, A., Bozkurt, A., & Akar, A. (2012). Temperament and character properties of male psoriasis patients. *Journal of health psychology*, *17*(5), 774-781.
33. Albareda, M., Ravella, A., Castelló, M., Saborit, S., Peramiqel, L., & Vila, L. (2014). Metabolic syndrome and its components in patients with psoriasis. *SpringerPlus*, *3*(1), 1-7.
34. Alexis, A. F., & Blackcloud, P. (2014). Psoriasis in skin of color: epidemiology, genetics, clinical presentation, and treatment nuances. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, *7*(11), 16-24.
35. Ali, Z., Suppli Ulrik, C., Agner, T., & Thomsen, S. F. (2018). Is atopic dermatitis associated with obesity? A systematic review of observational studies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *32*(8), 1246-1255.
36. AlKhabbaz, M., Al-Taiar, A., Saeed, M., Al-Sabah, R., & Albatineh, A. N. (2020). Predictors of acne vulgaris among adolescents in Kuwait. *Medical Principles and Practice*, *29*(4), 310-317.
37. Al-Kubaisy, W., Abdullah, N. N., Kahn, S. M., & Zia, M. (2014). Sociodemographic characteristics of acne among university students in Damascus, Syria. *Epidemiology Research International*, 2014, D 974019.

38. Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International journal of behavioral medicine, 24*(4), 563-570.
39. Amanat, M., Salehi, M., & Rezaei, N. (2018). Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Reviews in the Neurosciences, 29*(7), 805-813.
40. Anaba, L. E., Ogunbiyi, O. A., & George, O. A. (2019). Adolescent facial acne vulgaris and body mass index: any relationship?. *West African Journal of Medicine, 36*(2), 129-132.
41. Andrews, J. S., Trupin, L., Schmajuk, G., Barton, J., Margaretten, M., Yazdany, J., ... & Katz, P. P. (2015). Muscle strength, muscle mass, and physical disability in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis care & research, 67*(1), 120-127.
42. Anusic, I., Yap, S. C., & Lucas, R. E. (2014). Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Analysis of life satisfaction and affect in an Australian national sample. *Journal of research in personality, 51*, 69-77.
43. Armstrong, A. W., Harskamp, C. T., & Armstrong, E. J. (2012). The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition & diabetes, 2*(12), e54-e54.
44. Ascott, A., Mansfield, K. E., Schonmann, Y., Mulick, A., Abuabara, K., Roberts, A., ... & Langan, S. M. (2021). Atopic eczema and obesity: a population-based study. *British Journal of Dermatology, 184*(5), 871-879.
45. Augustin, M., Krüger, K., Radtke, M. A., Schwippl, I., & Reich, K. (2008). Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology, 216*(4), 366-372.
46. Aune, D., Snekvik, I., Schlesinger, S., Norat, T., Riboli, E., & Vatten, L. J. (2018). Body mass index, abdominal fatness, weight gain and the risk of psoriasis: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies. *European journal of epidemiology, 33*(12), 1163-1178.
47. Baeta, I. G. R., Bittencourt, F. V., Gontijo, B., & Goulart, E. M. A. (2014). Comorbidities and cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Anais brasi-*

leiros de dermatologia, 89, 735-744.

48. Balci, A., Balci, D. D., Yonden, Z., Korkmaz, I., Yenin, J. Z., Celik, E., ... & Egilmez, E. (2010). Increased amount of visceral fat in patients with psoriasis contributes to metabolic syndrome. *Dermatology, 220*(1), 32-37.

49. Balci, A., Celik, M., Balci, D. D., Karazincir, S., Yonden, Z., Korkmaz, I., ... & Egilmez, E. (2014). Patients with psoriasis have an increased amount of epicardial fat tissue. *Clinical and Experimental Dermatology, 39*(2), 123-128.

50. Bang, C. H., Yoon, J. W., Chun, J. H., Han, J. H., Park, Y. M., Lee, S. J., & Lee, J. H. (2019). Association of psoriasis with mental health disorders in South Korea. *JAMA dermatology, 155*(6), 747-749.

51. Barrea, L., Balato, N., Di Somma, C., Macchia, P. E., Napolitano, M., Savanelli, M. C., ... & Savastano, S. (2015). Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet?. *Journal of translational medicine, 13*(1), 1-10.

52. Basko-Plluska, J. L., & Petronic-Rosic, V. (2012). Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy, 2*, 67-76.

53. Becker, L., Tom, W. L., Eshagh, K., Benjamin, L. T., & Paller, A. S. (2014). Excess adiposity preceding pediatric psoriasis. *JAMA dermatology, 150*(5), 573-574.

54. Bewley, A., Burrage, D. M., Ersser, S. J., Hansen, M., & Ward, C. (2014). Identifying individual psychosocial and adherence support needs in patients with psoriasis: a multinational two-stage qualitative and quantitative study. *Journal of the European academy of dermatology and venereology, 28*(6), 763-770.

55. Bhole, V. M., Choi, H. K., Burns, L. C., Vera Kelleet, C., Lacaille, D. V., Gladman, D. D., & Dutz, J. P. (2012). Differences in body mass index among individuals with PsA, psoriasis, RA and the general population. *Rheumatology, 51*(3), 552-556.

56. Blake, T., Gullick, N. J., Hutchinson, C. E., & Barber, T. M. (2020). Psoriatic disease and body composition: A systematic review and narrative synthesis. *Plos one, 15*(8), e0237598.

57. Boehncke, W. H. (2015). Etiology and pathogenesis of psoriasis. *Rheumatic*

Disease Clinics, 41(4), 665-675.

58. Boehncke, W. H., & Boehncke, S. (2012). Cardiovascular mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: epidemiology, pathomechanisms, therapeutic implications, and perspectives. *Current rheumatology reports*, 14(4), 343-348.

59. Böhm, D., Stock Gissendanner, S., Bangemann, K., Snitjer, I., Werfel, T., Weyergraf, A., ... & Schmid-Ott, G. (2013). Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(2), 220-226.

60. Bolotna, L., & Sarian, O. (2020). Psychopathological disorders as comorbidity in patients with psoriasis. *Georgian Medical News*, (301), 143-147.

61. Breuer, K., Göldner, F. M., Jäger, B., Werfel, T., & Schmid-Ott, G. (2015). Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(10), 1898-1904.

62. Brezinski, E. A., Dhillon, J. S., & Armstrong, A. W. (2015). Economic burden of psoriasis in the United States: a systematic review. *JAMA dermatology*, 151(6), 651-658.

63. Budu-Aggrey, A., Brumpton, B., Tyrrell, J., Watkins, S., Modalsli, E. H., Celis-Morales, C., ... & Paternoster, L. (2019). Evidence of a causal relationship between body mass index and psoriasis: A mendelian randomization study. *PLoS medicine*, 16(1), e1002739.

64. Burden-Teh, E., Thomas, K. S., Ratib, S., Grindlay, D., Adaji, E., & Murphy, R. (2016). The epidemiology of childhood psoriasis: a scoping review. *British Journal of Dermatology*, 174(6), 1242-1257.

65. Carrascosa, J. M., Vilavella, M., Garcia-Doval, I., Carretero, G., Vanaclocha, F., Daudén, E., ... & BIOBADADERM Study Group. (2014). Body mass index in patients with moderate-to-severe psoriasis in Spain and its impact as an independent risk factor for therapy withdrawal: results of the Biobadaderm Registry. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(7), 907-914.

66. Carter, J. (2003). *The Heath-Carter antropometric somatotype. Instruction*

manual. Department of Exercise and Nutritional Sciences San Diego State University. CA. U.S.A.

67. Ceccarelli, M., Venanzi Rullo, E., Vaccaro, M., Facciola, A., d'Aleo, F., Paolucci, I. A., ... & Guarneri, C. (2019). HIV-associated psoriasis: Epidemiology, pathogenesis, and management. *Dermatologic Therapy*, 32(2), e12806.

68. Chahoud, J., Semaan, A., Chen, Y., Cao, M., Rieber, A. G., Rady, P., & Tyring, S. K. (2016). Association Between Pediatric Psoriasis and Waist-to-Height Ratio in the Absence of Obesity: A Multicenter Australian Study. *JAMA Dermatology*, 152(12), 1354-1364.

69. Chan, J. C. Y., Chow, C. W., Koh, C. C., Kwan, C. K., & Wat, M. Y. M. (2016). Association Between P Association Between Pediatric Psoriasis and W Psoriasis and Waist-to-Height Ratio in the Absence of Obesity: A Multicenter Australian Study. *Br J Dermatol*, 175, 994-1002.

70. Chiu, H. Y., Wang, T. S., Chen, P. H., Hsu, S. H., Tsai, Y. C., & Tsai, T. F. (2018). Psoriasis in Taiwan: From epidemiology to new treatments. *Dermatologica sinica*, 36(3), 115-123.

71. Choon, S. E., Ngim, C. F., Premaa, S., Tey, K. W., & Nalini, M. N. (2016). Clinico-epidemiological profile, including body mass index of Malaysian children with psoriasis. *Med J Malaysia*, 71(4), 171-176.

72. Connor, C. J., Liu, V., & Fiedorowicz, J. G. (2015). Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders. *Dermatology research and practice*, 2015, 409637.

73. Dai, Y. X., Shen, Y. J., Chou, Y. J., Chang, Y. T., Chen, T. J., Li, C. P., & Wu, C. Y. (2020). Obesity, but not metabolic diseases, is associated with risk of psoriasis: a population-based cohort study in Taiwan. *Dermatology*, 236(6), 521-528.

74. Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., ... & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135(4), 984-991.

75. Danielsen, K., Wilsgaard, T., Olsen, A. O., & Furberg, A. S. (2017). Overweight

and weight gain predict psoriasis development in a population-based cohort. *Acta dermato-venereologica*, 97(3), 332-339.

76. Daudén, E., Pujol, R. M., Sánchez-Carazo, J. L., Toribio, J., Vanaclocha, F., Puig, L., ... & VACAP Study Investigators. (2013). Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas dermo-sifiliograficas*, 104(9), 807-814.

77. D'Auria, E., Barberi, S., Cerri, A., Boccardi, D., Turati, F., Sortino, S., ... & Ciprandi, G. (2017). Vitamin D status and body mass index in children with atopic dermatitis: a pilot study in Italian children. *Immunology letters*, 181, 31-35.

78. Di Landro, A., Cazzaniga, S., Parazzini, F., Ingordo, V., Cusano, F., Atzori, L., ... & GISED Acne Study Group. (2012). Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 67(6), 1129-1135.

79. Di Nuzzo, S., Ercolini, E., Carrozzo, E., Fante, C., Casanova, D., & Pruneti, C. (2013). Personality, alexithymic and autonomic aspects in psoriatic patients: A preliminary study. *Clinical Drug Investigation*, 33(2), S88-S90.

80. DiBonaventura, M., Carvalho, A. V. E. D., Souza, C. D. S., Squiassi, H. B., & Ferreira, C. N. (2018). The association between psoriasis and health-related quality of life, work productivity, and healthcare resource use in Brazil. *Anais brasileiros de dermatologia*, 93, 197-204.

81. Dmytrenko, S. V., Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dzevulska I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of total, longitudinal and transverse body sizes in men of the general group of patients with mild and severe psoriasis. *Біжнік Вінницького національного медичного університету*, 24(4), 647-652.

82. Dogra, S., & Mahajan, R. (2016). Psoriasis: Epidemiology, clinical features, comorbidities, and clinical scoring. *Indian dermatology online journal*, 7(6), 471-480.

83. Dominguez, P. L., Han, J., Li, T., Ascherio, A., & Qureshi, A. A. (2013). Depression and the risk of psoriasis in US women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(9), 1163-1167.

84. Dowlatshahi, E. A., Wakkee, M., Arends, L. R., & Nijsten, T. (2014). The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, *134*(6), 1542-1551.
85. Duarte, G. V., & Silva, L. P. D. (2014). Correlation between psoriasis' severity and waist-to-height ratio. *Anais brasileiros de dermatologia*, *89*(5), 846-847.
86. Duarte, G. V., Oliveira, M. D. F. S., Cardoso, T. M., Follador, I., Silva, T. S., Cavalheiro, C. M., ... & Carvalho, E. M. (2013). Association between obesity measured by different parameters and severity of psoriasis. *International journal of dermatology*, *52*(2), 177-181.
87. Elewski, B. E., Puig, L., Mordin, M., Gilloteau, I., Sherif, B., Fox, T., ... & Strober, B. E. (2017). Psoriasis patients with psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response achieve greater health-related quality-of-life improvements than those with PASI 75–89 response: results from two phase 3 studies of secukinumab. *Journal of dermatological treatment*, *28*(6), 492-499.
88. El-Komy, M. H. M., Mashaly, H., Sayed, K. S., Hafez, V., El-Mesidy, M. S., Said, E. R., ... & Rasheed, H. (2020). Clinical and epidemiologic features of psoriasis patients in an Egyptian medical center. *JAAD international*, *1*(2), 81-90.
89. Enamandram, M., & Kimball, A. B. (2013). Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment. *Journal of Investigative Dermatology*, *133*(2), 287-289.
90. Engin, B., Kutlubay, Z., Yardımcı, G., Vehid, H. E., Ambarcıoğlu, P., Serdaroğlu, S., & Tüzün, Y. (2014). Evaluation of body composition parameters in patients with psoriasis. *International journal of dermatology*, *53*(12), 1468-1473.
91. Feldman, S. R., Burudpakdee, C., Gala, S., Nanavaty, M., & Mallya, U. G. (2014). The economic burden of psoriasis: a systematic literature review. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *14*(5), 685-705.
92. Feldman, S. R., Zhao, Y., Shi, L., & Tran, M. H. (2015). Economic and comorbidity burden among patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, *21*(10), 874-888.

93. Ferdinando, L. B., Fukumoto, P. K., Sanches, S., Fabricio, L. H. Z., & Skare, T. L. (2018). Metabolic syndrome and psoriasis: a study in 97 patients. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *64*, 368-373.
94. Ferguson, L. D., Brown, R., Celis-Morales, C., Welsh, P., Lyall, D. M., Pell, J. P., ... & Sattar, N. (2019). Association of central adiposity with psoriasis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: a cross-sectional study of the UK Biobank. *Rheumatology*, *58*(12), 2137-2142.
95. Fernández-Armenteros, J. M., Gómez-Arbonés, X., Buti-Solé, M., Betriu-Bars, A., Sanmartin-Novell, V., Ortega-Bravo, M., ... & Casanova-Seuma, J. M. (2019). Epidemiology of psoriasis. A population-based study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, *110*(5), 385-392.
96. Fernandez-Torres, R. M., Paradela, S., & Fonseca, E. (2012). Psoriasis in patients older than 65 years. A comparative study with younger adult psoriatic patients. *The journal of nutrition, health & aging*, *16*(6), 586-591.
97. Ferreira, B. I. R. C., Abreu, J. L. P. D. C., Dos Reis, J. P. G., & Figueiredo, A. M. D. C. (2016). Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, *9*(6), 36-43.
98. Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G., ... & PSYCHAE Study Group. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *21*(9), 1161-1169.
99. Fischer, R., Lee, A., & Verzijden, M. N. (2018). Dopamine genes are linked to Extraversion and Neuroticism personality traits, but only in demanding climates. *Scientific reports*, *8*(1), 1-10.
100. Fleming, P., Kraft, J., Gulliver, W. P., & Lynde, C. (2015). The relationship of obesity with the severity of psoriasis: a systematic review. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, *19*(5), 450-456.
101. Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatology*, *157*(4), 238-244.

102. Gelfand, J. M. (2016). Psoriasis, type 2 diabetes mellitus, and obesity: weighing the evidence. *JAMA dermatology*, *152*(7), 753-754.
103. Gerdes, S., Körber, A., Biermann, M., Karnthaler, C., & Reinhardt, M. (2020). Absolute and relative psoriasis area and severity index (PASI) treatment goals and their association with health-related quality of life. *Journal of Dermatological Treatment*, *31*(5), 470-475.
104. Gieler, U., Gieler, T., Peters, E. M. J., & Linder, D. (2020). Skin and psychosomatics—psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *18*(11), 1280-1298.
105. Girisha, B. S., & Thomas, N. (2017). Metabolic syndrome in psoriasis among urban South Indians: a case control study using SAM-NCEP criteria. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, *11*(2), WC01-WC04.
106. Gisondi, P., Geat, D., Ferrazzi, A., Bellinato, F., & Girolomoni, G. (2022). Hypochondriasis and Personality Traits of Patients with Chronic Plaque Psoriasis. *Dermatology*, *238*(2), 276-282.
107. Gönül, M., Tatar, İ., Canpolat, F., Kurmus, G. I., Ergin, C., & Hekimoğlu, B. (2017). Evaluation of abdominal fat index by ultrasonography and its relationship with psoriasis and metabolic syndrome. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, *34*(5), 453-456.
108. Gonzalez, J., Cunningham, K., Perlmutter, J., & Gottlieb, A. (2016). Systematic review of health-related quality of life in adolescents with psoriasis. *Dermatology*, *232*(5), 541-549.
109. Goodarzi, A., Roohaninasab, M., Behrangi, E., Ghassemi, M., Ghahremani, A. P., & Teymoori, N. (2020). Serum parameters, diet and body mass index in acne vulgaris: a mini review. *Iranian Journal of Dermatology*, *23*(1), 32-34.
110. Goolam Mahyooden, N., Crowther, N. J., Snyman, T., Pillay, L., & Tikly, M. (2019). High burden of the metabolic syndrome and its component disorders in South Africans with psoriasis. *International Journal of Dermatology*, *58*(5), 557-562.
111. Griffiths, C. E., Armstrong, A. W., Gudjonsson, J. E., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis. *The Lancet*, *397*(10281), 1301-1315.

112. Grine, L., Tochtermann, G., Lapeere, H., Maes, N., Hofbauer, G. F., Vervaet, M., & Lambert, J. (2020). Comparison of personality traits among patients with psoriasis, atopic dermatitis, and stress: A pilot study. *Dermatology*, 236(4), 324-328.
113. Grozdev, I., Kast, D., Cao, L., Carlson, D., Pujari, P., Schmotzer, B., ... & Korman, N. J. (2012). Physical and mental impact of psoriasis severity as measured by the compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) quality of life tool. *Journal of Investigative Dermatology*, 132(4), 1111-1116.
114. Gupta, R., Debbaneh, M. G., & Liao, W. (2014). Genetic epidemiology of psoriasis. *Current dermatology reports*, 3(1), 61-78.
115. Gutmark-Little, I., & Shah, K. N. (2015). Obesity and the metabolic syndrome in pediatric psoriasis. *Clinics in Dermatology*, 33(3), 305-315.
116. Halvorsen, J. A., Vleugels, R. A., Bjertness, E., & Lien, L. (2012). A population-based study of acne and body mass index in adolescents. *Archives of dermatology*, 148(1), 131-132.
117. Han, J. H., Lee, J. H., Han, K. D., Kim, H. N., Bang, C. H., Park, Y. M., ... & Kim, T. Y. (2019). Increased risk of psoriasis in subjects with abdominal obesity: A nationwide population-based study. *The Journal of dermatology*, 46(8), 695-701.
118. Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, U., Reich, A., & Szepietowski, J. C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta dermato-venereologica*, 92(1), 67-72.
119. Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., ... & Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive psychiatry*, 70, 200-208.
120. Jacobi, A., Langenbruch, A., Purwins, S., Augustin, M., & Radtke, M. A. (2015). Prevalence of obesity in patients with psoriasis: results of the national study PsoHealth3. *Dermatology*, 231(3), 231-238.
121. Jadhav, N., Nadkarni, N., & Patil, S. (2019). A Study on the Association of Psoriasis with Metabolic Disorders. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 67(4), 52-54.

122. Janowski, K., & Steuden, S. (2020). The Temperament Risk Factor, Disease Severity, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Annals of dermatology*, 32(6), 452-459.
123. Janowski, K., Steuden, S., & Bogaczewicz, J. (2014). Clinical and psychological characteristics of patients with psoriasis reporting various frequencies of pruritus. *International journal of dermatology*, 53(7), 820-829.
124. Jaremka, L. M., Lindgren, M. E., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: insights from psychoneuroimmunology. *Depression and anxiety*, 30(4), 288-296.
125. Jaworecka, K., Kwiatkowska, D., Marek, L., Tamer, F., Stefaniak, A., Szczegieliński, M., ... & Reich, A. (2021). Characteristics of Pruritus in Various Clinical Variants of Psoriasis: Results of the Multinational, Multicenter, Cross-Sectional Study. *Life*, 11(7), 623.
126. Jensen, P., & Skov, L. (2016). Psoriasis and obesity. *Dermatology*, 232(6), 633-639.
127. Jensen, P., Zachariae, C., Christensen, R., Geiker, N. R., Schaadt, B. K., Stender, S., ... & Skov, L. (2013). Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA dermatology*, 149(7), 795-801.
128. Jung, S., Lee, S. M., Suh, D., Shin, H. T., & Suh, D. C. (2018). The association of socioeconomic and clinical characteristics with health-related quality of life in patients with psoriasis: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-9.
129. Kamiya, K., Kishimoto, M., Sugai, J., Komine, M., & Ohtsuki, M. (2019). Risk factors for the development of psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(18), 4347.
130. Kaya, Ö., Hayta, S. B., Akyol, M., & Özçelik, S. Psychological factors and temperament effects on the treatment in psoriasis patients. *Cumhuriyet Medical Journal*, 38(1), 74-76.
131. Kim, C. R., & Lee, J. H. (2013). An observational study on the obesity and metabolic status of psoriasis patients. *Annals of Dermatology*, 25(4), 440-444.

132. Kim, Y. H., Do Han, K., Bang, C. H., Lee, J. H., Lee, J. Y., Park, Y. G., & Park, Y. M. (2021). High waist circumference rather than high body mass index may be a predictive risk factor for the longer disease duration of chronic spontaneous urticaria. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-4.
133. Kim, Y. S., Han, K., Lee, J. H., Lee, J. Y., & Park, Y. M. (2019). Can Body mass index and/or waist circumference be the risk factors of chronic spontaneous urticaria?: a nationwide population-based study. *Annals of Dermatology*, *31*(4), 482-485.
134. Kimball, A. B., Wu, E. Q., Guérin, A., Andrew, P. Y., Tsaneva, M., Gupta, S. R., ... & Mulani, P. M. (2012). Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *67*(4), 651-657.
135. Kleyn, C. E., Talbot, P. S., Mehta, N. N., Sampogna, F., Bundy, C., Ashcroft, D. M., ... & Ouig, L. (2020). Psoriasis and mental health workshop report: exploring the links between psychosocial factors, psoriasis, neuroinflammation and cardiovascular disease risk. *Acta Dermato-Venereologica*, *100*, 1-8.
136. Kohn, A. H., Pourali, S. P., Gutierrez, Y., Jones, M. E., Rajkumar, J. R., Read, C., & Armstrong, A. W. (2021). Mental health outcomes in White patients versus patients with skin of color with psoriasis. *Dermatology online journal*, *27*(5), D327553606.
137. Kontautiene, S., Stang, A., Gollnick, H., & Valiukeviciene, S. (2015). The role of phenotype, body mass index, parental and sun exposure factors in the prevalence of melanocytic nevi among schoolchildren in Lithuania. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *29*(8), 1506-1516.
138. Koo, H., Lee, S. M., Lee, S. P., & Han, E. (2014). Association of body mass index with asthma, allergy rhinitis, and atopic dermatitis among adolescents in Incheon, South Korea. *Allergy, Asthma & Respiratory Disease*, *2*(4), 243-250.
139. Koo, J., Marangell, L. B., Nakamura, M., Armstrong, A., Jeon, C., Bhutani, T., & Wu, J. J. (2017). Depression and suicidality in psoriasis: review of the literature including the cytokine theory of depression. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *31*(12), 1999-2009.
140. Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoukis, C., & Christodoulou, C. (2017).

Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 28(1), 54-59.

141. Koutroulis, I., Magnelli, L., Gaughan, J., Weiner, E., & Kratimenos, P. (2015). Atopic dermatitis is more severe in children over the age of two who have an increased body mass index. *Acta Paediatrica*, 104(7), 713-717.

142. Kumar, S., Han, J., Li, T., & Qureshi, A. A. (2013). Obesity, waist circumference, weight change and the risk of psoriasis in US women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(10), 1293-1298.

143. Kwon, C. W., Fried, R. G., Nousari, Y., Ritchlin, C., & Tausk, F. (2018). Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both?. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 698-703.

144. Kwon, H. H., Na, S. J., Jo, S. J., & Youn, J. I. (2012). Epidemiology and clinical features of pediatric psoriasis in tertiary referral psoriasis clinic. *The Journal of dermatology*, 39(3), 260-264.

145. Lahfa, M. (2014). Definition and psychopathology of chronic hand dermatitis. In *Annales de Dermatologie et de Venereologie*, 141(1), S106-110.

146. Lajevardi, V., Ghodsi, S. Z., Daneshpazhooh, M., Kazemi, H., Aryanian, Z., & Goodarzi, A. (2014). The relationship between body mass index and the severity of acne. *Iranian Journal of Dermatology*, 17(1), 13-17.

147. Lakshmy, S., Balasundaram, S., Sarkar, S., Audhya, M., & Subramaniam, E. (2015). A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian journal of psychological medicine*, 37(4), 434-440.

148. Łakuta, P., & Przybyła-Basista, H. (2017). Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patients: The role of determinants, mediators, and moderators. *Journal of psychosomatic research*, 94, 32-38.

149. Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L. (2017). How does stigma affect people with psoriasis?. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 34(1), 36-41.

150. Langeland, E., Robinson, H. S., Moum, T., Larsen, M. H., & Wahl, A. K. (2013). Mental health among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *Scandinavian journal of psychology*, 54(6), 508-514.

151. Lech, K., & Reich, A. (2019). High body mass index is a risk factor for acne severity in adolescents: a preliminary report. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 27(2), 81-81.
152. Lee, A., Smith, S. D., Hong, E., Garnett, S., & Fischer, G. (2016). Association between pediatric psoriasis and waist-to-height ratio in the absence of obesity: a multicenter Australian study. *JAMA dermatology*, 152(12), 1314-1319.
153. Leischow, S. J., Best, A., Trochim, W. M., Clark, P. I., Gallagher, R. S., Marcus, S. E., & Matthews, E. (2008). Systems thinking to improve the public's health. *American journal of preventive medicine*, 35(2), S196-S203.
154. Leisner, M. Z., Riis, J. L., Schwartz, S., Iversen, L., Østergaard, S. D., & Olsen, M. S. (2019). Psoriasis and risk of mental disorders in Denmark. *JAMA dermatology*, 155(6), 745-747.
155. Levy, A. R., Davie, A. M., Brazier, N. C., Jivraj, F., Albrecht, L. E., Gratton, D., & Lynde, C. W. (2012). Economic burden of moderate to severe plaque psoriasis in Canada. *International journal of dermatology*, 51(12), 1432-1440.
156. Lewis-Beck, C., Abouzaid, S., Xie, L., Baser, O., & Kim, E. (2013). Analysis of the relationship between psoriasis symptom severity and quality of life, work productivity, and activity impairment among patients with moderate-to-severe psoriasis using structural equation modeling. *Patient preference and adherence*, 7, 199-205.
157. Li, S., Cho, E., Drucker, A. M., Qureshi, A. A., & Li, W. Q. (2017). Obesity and risk for incident rosacea in US women. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(6), 1083-1087.
158. Li, W. Q., Han, J. L., Zhang, M. F., & Qureshi, A. A. (2013). Interactions between adiposity and genetic polymorphisms on the risk of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 168(3), 639-642.
159. Lim, D. S., Bewley, A., & Oon, H. H. (2018). Psychological profile of patients with psoriasis. *Ann Acad Med Singapore*, 47(12), 516-522.
160. Litaïem, N., Youssef, S., Jabeur, K., Dhaoui, M. R., & Doss, N. (2013). Affective temperament profile in psoriasis patients in Tunisia using TEMPS-A. *Journal of affective disorders*, 151(1), 321-324.

161. Lønnberg, A. S., Skov, L., Skytthe, A., Kyvik, K. O., Pedersen, O. B., & Thomsen, S. F. (2016). Association of psoriasis with the risk for type 2 diabetes mellitus and obesity. *JAMA dermatology*, *152*(7), 761-767.
162. Lopes, N., Dias, L. L., Azulay-Abulafia, L., Oyafuso, L. K., Suarez, M. V., Fabricio, L., ... & Pertel, P. C. (2019). Humanistic and economic impact of moderate to severe plaque psoriasis in Brazil. *Advances in therapy*, *36*(10), 2849-2865.
163. Lowes, M. A., Suarez-Farinas, M., & Krueger, J. G. (2014). Immunology of psoriasis. *Annual review of immunology*, *32*, 227-255.
164. Lu, L., Lai, H. Y., Pan, Z., Wu, Z., Chen, W., & Ju, Q. (2017). Obese/overweight and the risk of acne vulgaris in Chinese adolescents and young adults. *Hong Kong J Dermatol Venereol*, *25*(1), 5-12.
165. Lu, P. H., & Hsu, C. H. (2015). Body mass index is negatively associated with acne lesion counts in Taiwanese women with post-adolescent acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *29*(10), 2046-2050.
166. Mahé, E., Beauchet, A., Bodemer, C., Phan, A., Bursztejn, A. C., Boralevi, F., ... & Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. (2015). Psoriasis and obesity in French children: a case-control, multicentre study. *British Journal of Dermatology*, *172*(6), 1593-1600.
167. Makara-Studzińska, M., Ziemecki, P., Ziemecka, A., & Partyka, I. (2013). The psychological and social support in patients with psoriasis. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, *35*(207), 171-174.
168. Manuck, S. B., & McCaffery, J. M. (2014). Gene-environment interaction. *Annual review of psychology*, *65*, 41-70.
169. Marek-Józefowicz, L., Jaracz, M., & Borkowska, A. (2021). Affective temperament, depressive symptoms and interleukins in patients with psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, *38*(2), 137-143.
170. Martín-Brufau, R., Ulnik, J. C., Redondo, C. B., & Berná, F. J. C. (2012). Personality in patients with psoriasis. *Psoriasis*, 209-226.
171. Martínez-Ortega, J. M., Nogueras, P., Muñoz-Negro, J. E., Gutiérrez-Rojas, L.,

González-Domenech, P., & Gurpegui, M. (2019). Quality of life, anxiety and depressive symptoms in patients with psoriasis: A case-control study. *Journal of psychosomatic research*, *124*, 109780.

172. Matiegka J. (1921). The testing of physical effeciency. *Amer. J. Phys. Antropol.*, *2*(3), 25-38.

173. Melnik, B. C., John, S. M., & Plewig, G. (2013). Acne: risk indicator for increased body mass index and insulin resistance. *Acta dermato-venereologica*, *93*(6), 644-649.

174. Merola, J. F., Qureshi, A., & Husni, M. E. (2018). Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. *Dermatologic therapy*, *31*(3), e12589.

175. Michalek, I. M., Loring, B., & John, S. M. (2017). A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *31*(2), 205-212.

176. Miniszewska, J., Juczyński, Z., Ograczyk, A., & Zalewska, A. (2013). Health-related quality of life in psoriasis: important role of personal resources. *Acta Dermato-Venereologica*, *93*(5), 551-556.

177. Moon, H. S., Mizara, A., & McBride, S. R. (2013). Psoriasis and psychodermatology. *Dermatology and therapy*, *3*(2), 117-130.

178. Muthupalaniappen, L., Tan, H. C., Puah, J. W., Apipi, M., Sohaimi, A. E., Mahat, N. F., & Rafee, N. M. (2014). Acne prevalence, severity and risk factors among medical students in Malaysia. *La Clinica terapeutica*, *165*(4), 187-192.

179. Naito, R., & Imafuku, S. (2016). Distinguishing features of body mass index and psoriasis in men and women in Japan: A hospital-based case-control study. *The Journal of Dermatology*, *43*(12), 1406-1411.

180. Naldi, L. (2013). Risk factors for psoriasis. *Current Dermatology Reports*, *2*(1), 58-65.

181. Napolitano, M., Mastroeni, S., Fania, L., Pallotta, S., Fusari, R., Uras, C., ... & Abeni, D. (2020). Sex-and gender-associated clinical and psychosocial characteristics of patients with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, *45*(6), 705-711.

182. Nast, A., Boehncke, W. H., Mrowietz, U., Ockenfels, H. M., Philipp, S., Reich, K., ... & Rzany, B. (2012). S3–Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 10, S1-s95.
183. Neupane, S., Basnet, B., & Sharma, T. D. (2018). Association between acne and body mass index: A hospital based cross sectional study. *Nepal Journal of Dermatology, Venereology & Leprology*, 16(1), 53-56.
184. Nicholas, M. N., & Gooderham, M. (2017). Psoriasis, depression, and suicidality. *Skin therapy letter*, 22(3), 1-4.
185. Norden, A., Rekhman, S., Strunk, A., & Garg, A. (2022). Risk of psoriasis according to body mass index: A retrospective cohort analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(5), 1020-1026.
186. Nyunt, W. W. T., Low, W. Y., Ismail, R., Sockalingam, S., & Min, A. K. K. (2015). Determinants of health-related quality of life in psoriasis patients in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP662-NP673.
187. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2019). Constitutional features of the occurrence and course of psoriasis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(3), 526-529.
188. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic personality traits in men with psoriasis without and taking into account the somatotype. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 454-461.
189. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kondratiuk, A. I., Golubovsky, I. A., & Rekun, T. O. (2021). Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 24-28.
190. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.

191. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Shayuk, A. V., Gunas, I. V., & Prokopenko S. V. (2020). Peculiarities of girth body sizes in men with mild and severe psoriasis course. *Reports of Morphology*, 26(4), 62-67.
192. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Maievskyyi, O. Ye., Glushak A. A., Olkhova, I. V., & Chaika, H. V. (2021). Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Reports of Morphology*, 27(4), 35-40.
193. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Stepanenko V. I., Krivonis, T. G., Shkolnikov, V. S., & Prokopenko, S. V. (2021). Peculiarities of expression indicators and accentuated personality traits in men with psoriasis without taking into account somatotype and in representatives of meso- and endo-mesomorphic somatotypes. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 540-544.
194. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.
195. Obradors, M., Blanch, C., Comellas, M., Figueras, M., & Lizan, L. (2016). Health-related quality of life in patients with psoriasis: a systematic review of the European literature. *Quality of Life Research*, 25(11), 2739-2754.
196. Ozkaya, D. B., Onsun, N., Topukçu, B., Su, O., Bahalı, A. G., Dizman, D., ... & Uysal, O. (2016). The relationship between body mass index, waist circumference and psoriatic arthritis in the Turkish population. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 33(3), 219-223.
197. Ozturk, P., Kurutas, E., Ataseven, A., Dokur, N., Gumusalan, Y., Gorur, A., ... & Inaloz, S. (2014). BMI and levels of zinc, copper in hair, serum and urine of Turkish male patients with androgenetic alopecia. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 28(3), 266-270.
198. Paller, A. S., Mercy, K., Kwasny, M. J., Choon, S. E., Cordero, K. M., Girolomoni, G., ... & Seyger, M. M. (2013). Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: an international cross-sectional study. *JAMA dermatology*, 149(2), 166-176.
199. Pancar Yuksel, E., Durmus, D., & Sarisoy, G. (2019). Perceived stress, life

events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research*, 47(9), 4284-4291.

200. Parisi, R., Symmons, D. P., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 133(2), 377-385.

201. Patel, K. R., Lee, H. H., Rastogi, S., Singam, V., Vakharia, P. P., & Silverberg, J. I. (2019). Association of psoriasis with psychiatric hospitalization in United States children and adults. *Dermatology*, 235(4), 276-286.

202. Patterson, S. L., Schmajuk, G., Jafri, K., Yazdany, J., & Katz, P. (2019). Obesity is independently associated with worse patient-reported outcomes in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis care & research*, 71(1), 126-133.

203. Polo, T. C. F., Corrente, J. E., Miot, L. D. B., Papini, S. J., & Miot, H. A. (2020). Dietary patterns of patients with psoriasis at a public healthcare institution in Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 95, 452-458.

204. Pompili, M., Innamorati, M., Erbuto, D., & Costanzo, A. (2016). Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with psoriasis. *European Psychiatry*, 33(S1), S395-S396.

205. Pompili, M., Innamorati, M., Trovarelli, S., Narcisi, A., Bellini, S., Orsini, D., ... & Costanzo, A. (2016). Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *Journal of international medical research*, 44(1_suppl), 61-66.

206. Poór, A. K., Sárdy, M., Cserni, T., Brodszky, V., Holló, P., Gulácsi, L., ... & Péntek, M. (2018). Assessment of health-related quality of life in psoriasis patients in Hungary. *Orvosi Hetilap*, 159(21), 837-846.

207. Porumb-Andrese, E., Văță, D., Postolică, R., Stătescu, L., Stătescu, C., Grăjdeanu, A. I., ... & Solovastru, L. G. (2019). Association between personality type, affective distress profile and quality of life in patients with psoriasis vs. patients with cardiovascular disease. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18(6), 4967-4973.

208. Prignano, F., Rogai, V., Cavallucci, E., Bitossi, A., Hammen, V., & Cantini, F. (2018). Epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis in Italy - a systematic review. *Current Rheumatology Reports*, 20(7), 1-12.

209. Pujol, R. M., Puig, L., Daudén, E., Sánchez-Carazo, J. L., Toribio, J., Vanaclocha, F., ... & Aragón, B. (2013). Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP Study). *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *104*(10), 897-903.
210. Quinto, R. M., De Vincenzo, F., Graceffa, D., Bonifati, C., Innamorati, M., & Iani, L. (2022). The Relationship between Alexithymia and Mental Health Is Fully Mediated by Anxiety and Depression in Patients with Psoriasis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3649.
211. Rachakonda, T. D., Schupp, C. W., & Armstrong, A. W. (2014). Psoriasis prevalence among adults in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *70*(3), 512-516.
212. Rajguru, J. P., Maya, D., Kumar, D., Suri, P., Bhardwaj, S., & Patel, N. D. (2020). Update on psoriasis: A review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *9*(1), 20-24.
213. Randa, H., Lomholt, J. J., Skov, L., & Zachariae, R. (2018). Health-related quality of life in adolescents with psoriasis: an interview-based study. *British Journal of Dermatology*, *178*(6), 1404-1411.
214. Randa, H., Todberg, T., Skov, L., Larsen, L. S., & Zachariae, R. (2017). Health-related Quality of Life in Children and Adolescents with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta dermato-venereologica*, *97*(5), 555-563.
215. Rao, T. S., Basavaraj, K. H., & Das, K. (2013). Psychosomatic paradigms in psoriasis: Psoriasis, stress and mental health. *Indian journal of psychiatry*, *55*(4), 313-315.
216. Raychaudhuri, S. K., Maverakis, E., & Raychaudhuri, S. P. (2014). Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity reviews*, *13*(4-5), 490-495.
217. Read, C., & Armstrong, A. W. (2020). Association between the mental health of patients with psoriasis and their satisfaction with physicians. *JAMA dermatology*, *156*(7), 754-762.
218. Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2013). Psychological differences between early-and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depres-

sion in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 169(2), 344-350.

219. Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta dermato-venereologica*, 95(4), 439-443.

220. Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Subjective stress reactivity in psoriasis—a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC dermatology*, 15(1), 1-8.

221. Rendon, A., & Schäkel, K. (2019). Psoriasis pathogenesis and treatment. *International journal of molecular sciences*, 20(6), 1475.

222. Roque Ferreira, B., Pio-Abreu, J. L., Reis, J. P., & Figueiredo, A. (2017). Analysis of the prevalence of mental disorders in psoriasis: the relevance of psychiatric assessment in dermatology. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 401-406.

223. Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta dermato-venereologica*, 92(3), 299-303.

224. Sanchez-Carazo, J. L., López-Estebarez, J. L., & Guisado, C. (2014). Comorbidities and health-related quality of life in Spanish patients with moderate to severe psoriasis: a cross-sectional study (Arizona study). *The Journal of dermatology*, 41(8), 673-678.

225. Schielein, M. C., Tizek, L., Knobloch, L., Maaßen, D., Biedermann, T., & Zink, A. (2021). Psoriasis and addiction: assessing mental health based on a cross-sectional study in Germany. *European Journal of Dermatology*, 31(6), 722-729.

226. Seleit, I., Bakry, O. A., Abdou, A. G., & Hashim, A. (2014). Body mass index, selected dietary factors, and acne severity: are they related to in situ expression of insulin-like growth factor-1?. *Analytical and Quantitative Cytopathology and Histopathology*, 36(5), 267-278.

227. Serebrennikova, O. A., Al-Qaraleh, O. B. A-R., Dzevulska, I. V., Kryvonis, T. G., & Prolygina, I. V. (2022). Indicators of the level of subjective control in patient's men with mild or severe psoriasis without taking into account somatotype and with taking into account somatotype. *World of Medicine and Biology*, 1(79), 126-130.

228. Setty, A. R., Curhan, G., & Choi, H. K. (2007). Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Archives of internal medicine*, *167*(15), 1670-1675.
229. Sieburth, R. M., Qiu, M., & Shields, C. L. (2015). Sex differences in the relationship between obesity and choroidal nevus in US adults. *Investigative ophthalmology & visual science*, *56*(12), 7489-7495.
230. Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, *140*(3), 774-815.
231. Snast, I., Dalal, A., Twig, G., Astman, N., Kedem, R., Levin, D., ... & Levi, A. (2019). Acne and obesity: a nationwide study of 600,404 adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *81*(3), 723-729.
232. Snekvik, I., Nilsen, T. I. L., Romundstad, P. R., & Saunes, M. (2019). Metabolic syndrome and risk of incident psoriasis: prospective data from the HUNT Study, Norway. *British Journal of Dermatology*, *180*(1), 94-99.
233. Snekvik, I., Smith, C. H., Nilsen, T. I., Langan, S. M., Modalsli, E. H., Romundstad, P. R., & Saunes, M. (2017). Obesity, waist circumference, weight change, and risk of incident psoriasis: prospective data from the HUNT study. *Journal of Investigative Dermatology*, *137*(12), 2484-2490.
234. Sobhan, M., & Farshchian, M. (2017). Associations between body mass index and severity of psoriasis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *10*, 493-498.
235. Sobhan, M., Nazari, F., & Mohammadi, Y. (2020). Correlation between seborrheic dermatitis and metabolic syndrome in patients referred to sina hospital of Hamadan. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, *27*(1), 13-20.
236. Springate, D. A., Parisi, R., Kontopantelis, E., Reeves, D., Griffiths, C. E. M., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, prevalence and mortality of patients with psoriasis: a UK population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, *176*(3), 650-658.
237. Strand, V., Sharp, V., Koenig, A. S., Park, G., Shi, Y., Wang, B., ... & Fiorentino, D. (2012). Comparison of health-related quality of life in rheumatoid

arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. *Annals of the rheumatic diseases*, 71(7), 1143-1150.

238. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2006). *Using multivariate statistics*. Fourthed.

239. Takahashi, H., Tsuji, H., Honma, M., Shibaki, H., Nakamura, S., Hashimoto, Y., ... & Iizuka, H. (2013). Japanese patients with psoriasis and atopic dermatitis show distinct personality profiles. *The Journal of dermatology*, 40(5), 370-373.

240. Takeshita, J., Grewal, S., Langan, S. M., Mehta, N. N., Ogdie, A., Van Voorhees, A. S., & Gelfand, J. M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 377-390.

241. Talamonti, M., Galluzzo, M., Servoli, S., D'Adamio, S., & Bianchi, L. (2016). Alexithymia and plaque psoriasis: preliminary investigation in a clinical sample of 250 patients. *Dermatology*, 232(6), 648-654.

242. Tang, M. M., Chang, C. C., Chan, L. C., & Heng, A. (2013). Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. *International journal of dermatology*, 52(3), 314-322.

243. Thomsen, R. S., Nilsen, T. I., Haugeberg, G., Gulati, A. M., Kavanaugh, A., & Hoff, M. (2021). Adiposity and physical activity as risk factors for developing psoriatic arthritis: longitudinal data from a Population-Based study in Norway. *Arthritis care & research*, 73(3), 432-441.

244. Tobin, A. M., Hackett, C. B., Rogers, S., Collins, P., & Richards, H. L. (2014). Body mass index, waist circumference and HOMA-IR correlate with the Psoriasis Area and Severity Index in patients with psoriasis receiving phototherapy. *British journal of dermatology (1951)*, 171(2), 436-438.

245. Tohid, H., Aleem, D., & Jackson, C. (2016). Major depression and psoriasis: a psychodermatological phenomenon. *Skin pharmacology and physiology*, 29(4), 220-230.

246. Topić, I., & Šimić, D. (2013). Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis at Mostar Clinical Hospital. *Acta clinica Croatica*, 52(1.), 53-58.

247. Torales, J., Echeverría, C., Barrios, I., García, O., O'Higgins, M., Castaldelli-

Maia, J. M., ... & Jafferany, M. (2020). Psychodermatological mechanisms of psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 33(6), e13827.

248. Toussirot, E., Aubin, F., Desmarests, M., Wendling, D., Auge, B., Gillard, J., ... & Dumoulin, G. (2020). SAT0441 Body composition and fat distribution in patients with psoriasis or psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79, 1177.

249. Toussirot, E., Aubin, F., Desmarests, M., Wendling, D., Augé, B., Gillard, J., ... & Dumoulin, G. (2021). Visceral adiposity in patients with psoriatic arthritis and psoriasis alone and its relationship with metabolic and cardiovascular risk. *Rheumatology*, 60(6), 2816-2825.

250. Varni, J. W., Globe, D. R., Gandra, S. R., Harrison, D. J., Hooper, M., & Baumgartner, S. (2012). Health-related quality of life of pediatric patients with moderate to severe plaque psoriasis: comparisons to four common chronic diseases. *European journal of pediatrics*, 171(3), 485-492.

251. Viswanathan, H. N., Chau, D., Milmont, C. E., Yang, W., Erondur, N., Revicki, D. A., & Klekotka, P. (2015). Total skin clearance results in improvements in health-related quality of life and reduced symptom severity among patients with moderate to severe psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 26(3), 235-239.

252. Wade, A. G., Crawford, G. M., Young, D., Leman, J., & Pumford, N. (2016). Severity and management of psoriasis within primary care. *BMC family practice*, 17(1), 1-7.

253. Werner, M. C. F., Wirgenes, K. V., Shadrin, A., Lunding, S. H., Rødevand, L., Hjell, G., ... & Steen, N. E. (2022). Immune marker levels in severe mental disorders: associations with polygenic risk scores of related mental phenotypes and psoriasis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 1-8.

254. Wu, J. J., Feldman, S. R., Koo, J., & Marangell, L. B. (2018). Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 29(5), 487-495.

255. Yang, C. C., Hsieh, F. N., Lin, L. Y., Hsu, C. K., Sheu, H. M., & Chen, W. (2014). Higher body mass index is associated with greater severity of alopecia in men with male-pattern androgenetic alopecia in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of*

the American Academy of Dermatology, 70(2), 297-302.

256. Yang, E. J., Beck, K. M., Sekhon, S., & Bhutani, T. (2019). Pharmacy costs of specialty medications for plaque psoriasis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(1), 274-275.

257. Yap, S. C., Anusic, I., & Lucas, R. E. (2012). Does personality moderate reaction and adaptation to major life events? Evidence from the British Household Panel Survey. *Journal of research in personality*, 46(5), 477-488.

258. Zbiciak-Nylec, M., Weisło-Dziadecka, D., Kasprzyk, M., Kulig, A., Laszczak, J., Noworyta, M., ... & Brzoza, Z. (2018). Overweight and obesity may play a role in the pathogenesis of chronic spontaneous urticaria. *Clinical and experimental dermatology*, 43(5), 525-528.

259. Zeljko-Penavić, J., Situm, M., Babić, D., & Simić, D. (2013). Analysis of psychopathological traits in psoriatic patients. *Psychiatr Danub*, 25(Suppl 1), 56-59.

260. Zeng, J., Luo, S., Huang, Y., & Lu, Q. (2017). Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *The Journal of dermatology*, 44(8), 863-872.

261. Zhang, A., & Silverberg, J. I. (2015). Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and metaanalysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 72(4), 606-616.

262. Zindancı, I., Albayrak, O., Kavala, M., Kocaturk, E., Can, B., Sudogan, S., & Koç, M. (2012). Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis. *The scientific world journal*, 2012, 312463.

263. Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., & Tanner, M. (2011). From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive veterinary medicine*, 101(3-4), 148-156.

ДОДАТКИ

Додаток А

**НАУКОВІ ПРАЦІ, В ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ НАУКОВІ
РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Dmytrenko, S. V., Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dzevulska I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of total, longitudinal and transverse body sizes in men of the general group of patients with mild and severe psoriasis. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(4), 647-652.
2. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Shayuk, A. V., Gunas, I. V., & Prokopenko S. V. (2020). Peculiarities of girth body sizes in men with mild and severe psoriasis course. *Reports of Morphology*, 26(4), 62-67.
3. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthro-somatological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.
4. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2021). Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic personality traits in men with psoriasis without and taking into account the somatotype. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(3), 454-461.
5. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Maievskiy, O. Ye., Glushak A. A., Olkhova, I. V., & Chaika, H. V. (2021). Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Reports of Morphology*, 27(4), 35-40.
6. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Stepanenko V. I., Krivonis, T. G., Shkolnikov, V. S., & Prokopenko, S. V. (2021). Peculiarities of expression indicators and accentuated personality traits in men with psoriasis without taking into account somatotype and in representatives of meso- and endo-mesomorphic

somatotypes. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 25(4), 540-544.

7. Serebrennikova, O. A., Al-Qaraleh, O. B. A-R., Dzevulska, I. V., Kryvonis, T. G., & Prolygina, I. V. (2022). Indicators of the level of subjective control in patient's men with mild or severe psoriasis without taking into account somatotype and with taking into account somatotype. *World of Medicine and Biology*, 1(79), 126-130.

8. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh (2019). Constitutional features of the occurrence and course of psoriasis (analysis of scientific literature). *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 23(3), 526-529.

9. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.

10. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kondratiuk, A. I., Golubovsky, I. A., & Rekun, T. O. (2021). Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (43), 24-28.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ЗАСВІДЧУЮТЬ АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ

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

12. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Розбіжності компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків мезо- та ендо-мезоморфного соматотипів хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу*. The 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects”, Stockholm (pp. 29-34). SSPG Publish, Stockholm, Sweden.

13. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех (2022). *Особливості ком-*

понентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла у чоловіків загальної групи хворих на псоріаз легкого та тяжкого перебігу. The 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects”, Tokyo (pp. 83-86). CPN Publishing Group, Tokyo, Japan.

НАУКОВІ ПРАЦІ, ЯКІ ДОДАТКОВО ВІДОБРАЖАЮТЬ НАУКОВИ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

14. Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2022). *Компютерна програма для прогнозування можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу “Psoriasis Test”*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 111695; заявл. 10.12.2021, № с202108884, опубл. 09.02.2022.

Апробація результатів дисертації:

- науково-практична конференція «14-і Київські дерматологічні дні» (м. Київ, 19 квітня 2019) – стендова доповідь;
- Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики та лікування дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом» (м. Вінниця, 22-23 травня 2019) – стендова доповідь;
- науково-практична конференція «Практичні аспекти та актуальні питання дерматовенерології» (м. Вінниця, 23 жовтня 2019) – усна доповідь;
- онлайн конференція «Київські дерматологічні дні 2020 Virtual» (м. Київ, 13-14 листопада 2020) – стендова доповідь;
- the 10th International scientific and practical conference “Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects” (Berlin, March 26-28, 2022) – публікація;
- the 7th International scientific and practical conference “Modern science: innovations and prospects” (Stockholm, April 3-5, 2022) – публікація;
- the 9th International scientific and practical conference “Science, innovations and education: problems and prospects” (Tokyo, April 6-8, 2022) – публікація.

Додаток Б
Акти впроваджень

«Затверджую»

Проректор закладу вищої освіти з наукової
роботи Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова
професор



Олег ВЛАСЕНКО

2022 р.

А К Т В П Р О В А Д Ж Е Н Н Я

Назва роботи: «Конституціональні та психологічні особливості виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів».

1. Автор: Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше встановлено та проведено аналіз відмінностей тотальних, поздовжніх, поперечних та обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз українськими чоловіками різних соматотипів, а також між хворими чоловіками різних соматотипів у залежності від тяжкості перебігу захворювання. Виявлені виражені відмінності тотальних, поздовжніх, поперечних та обхватних розмірів тіла між здоровими та/або хворими на псоріаз легкого або важкого перебігу українськими чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів надають можливість підвищити ефективність застосування показників будови та розмірів тіла для виявлення груп ризику, щодо виникнення та особливостей перебігу псоріазу.

3. Актуальність дослідження:

Мультифакторіальна природа псоріазу та його широка розповсюдженість є тими причинами, що спонукають дослідників до вивчення природи даного захворювання, шляхів до попередження його виникнення та пошуку оптимальних методів лікування. Загальноприйнятою є теорія комбінації зовнішніх факторів, тригерів, що можуть включати в себе стрес, шкідливі звички, незадовільні екологічні умови, інсоляція та внутрішні фактори – генетичні. Якщо брати до уваги розповсюдженість псоріазу – вона різко відрізняється в різних країнах. Спостерігається виражена відмінність у поширеності відповідно до континенту, расового, етнічного фактору, усіх вікових груп. Пацієнти, що страждають на псоріаз щороку несуть додаткові витрати у зв'язку зі своїм захворюванням. Таким чином стає зрозумілим, що таке захворювання як псоріаз є глобальною і багатогранною проблемою, що потребує відповідно мультидисциплінарного підходу до її вирішення. Антропология є однією з таких дисциплін, що може бути застосована для передбачення виникнення та перебігу псоріазу враховуючи певні антропометричні показники.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes / O. B. Al-Qaraleh, S. V. Dmytrenko, A. I. Kondratiuk, I. A. Golubovsky, T. O. Rekun // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2021. – № 43. – P. 24-28.

2. Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes / O. B. Al-Qaraleh, O. Ye. Maievskiy, A. A. Glushak, I. V. Olkhova, H. V. Chaika // Reports of Morphology – 2021. – Т. 27, № 4. – P. 35-40.

6. Ким і коли впроваджено: кафедра шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Початок впровадження: грудень 2021 р.

Протокол засідання кафедри № 8 від 10 лютого 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес та лекційний курс.

8. Соціально-економічний ефект: покращення підготовки молодих спеціалістів.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри шкірних
та венеричних хвороб з
курсом післядипломної освіти,
д.мед.н., професор



Сергій БОНДАР

Додаток Б2

«Затверджую»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи та
 післядипломної освіти,
 член-кореспондент НАМН України
 Національного медичного університету
 імені О. О. Богомольця

д.мед.н., проф.

Науменко О.М.

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Конституціональні та психологічні особливості виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів».

1. Автор: Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше встановлено, що у хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіків мезоморфного соматотипу практично всі тотальні, поперечні (окрім, ширини плечей) та більш ніж половина поздовжніх розмірів тіла більші, ніж у здорових чоловіків; а у хворих на псоріаз чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу більші, ніж у здорових чоловіків – усі тотальні (лише з легким перебігом), більш ніж половина поздовжніх (лише з легким перебігом) і практично всі поперечні (окрім, ширини плечей) розміри тіла. У чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу хворих із легким перебігом псоріазу встановлені більші значення всіх тотальних, майже половини поздовжніх розмірів тіла та практично усіх діаметрів тулуба; а у хворих із тяжким перебігом псоріазу – лише міжкостової відстані. Лише у чоловіків мезоморфного соматотипу з легким перебігом псоріазу, порівняно з тяжким перебігом, встановлені більші значення довжини тіла, висоти надгруднинної та акроміальної антропометричних точок і менші значення передньо-заднього середньогруднинного діаметра.

Уперше встановлено, що у хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу українських чоловіків мезоморфного соматотипу практично всі обхватні розміри (окрім, обхвату стопи, а також передпліччя у нижній частині лише у хворих із легким перебігом захворювання) більші, ніж у здорових чоловіків; а у хворих на псоріаз українських чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу більші, ніж у здорових чоловіків практично всі обхватні розміри (окрім, обхвату стопи та гомілки у нижній частині) лише у представників із легким перебігом псоріазу. У чоловіків ендо-мезоморфного соматотипу із легким перебігом псоріазу встановлені більші значення більшості обхватних розмірів тіла (окрім, обхватів передпліччя у верхній частині, кисті, стегна та гомілки), ніж у представників мезоморфного соматотипу; а у хворих із тяжким перебігом псоріазу – лише обхвати стегна та гомілки у верхній частині у чоловіків мезоморфного соматотипу більші, ніж у ендо-мезоморфів. У чоловіків мезоморфного соматотипу з тяжким перебігом псоріазу, порівняно з легким перебігом, встановлені більші значення обхватів передпліччя у верхній частині, шиї, талії та усіх обхватів грудної клітки, а також менше значення обхвату гомілки у нижній частині.

Уперше встановлено, що у чоловіків хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу без розподілу на соматотипи, а також у хворих різного перебігу мезоморфного соматотипу, товщина

шкірно-жирових складок на задній та передній поверхні плеча, на груді та на стегні менша, а під нижнім кутом лопатки, на животі та на боці – більша, порівняно зі здоровими чоловіками. На відміну від встановлених розбіжностей товщини шкірно-жирових складок, у чоловіків ендомезоморфного соматотипу хворих на псоріаз легкого перебігу відсутні достовірні відмінності товщини складок на передній поверхні плеча, на груді та на стегні; а у представників тяжкого перебігу псоріазу – лише товщини складки під нижнім кутом лопатки. Товщина усіх шкірно-жирових складок більша у чоловіків ендомезоморфного соматотипу, ніж у представників мезоморфного соматотипу при порівнянні хворих на псоріаз легкого перебігу. У хворих на псоріаз тяжкого перебігу чоловіків ендомезоморфного соматотипу встановлені більші значення товщини складок лише на задній поверхні плеча, на передпліччі, на животі, на боці та на стегні, ніж у представників мезоморфного соматотипу.

3. Актуальність дослідження: Із наукових літературних джерел відомо, що при різноманітних патологічних процесах норма реакції генотипу чітко визначає межі клінічної варіабельності та патоморфозу проявів хвороб людини. На фенотипічному рівні дана норма реакції ресструється по макроморфологічній підсистемі загальної конституції, а саме її морфофенотипу (соматичному типу, соматотипу, типу будови тіла). Саме тому, визначення ознак фенотипу, які знаходяться в тісних причинно-наслідкових відношеннях з різними ланками патогенезу мультифакторіальних захворювань, має суттєве значення для обґрунтування впливу спадкових або середовищних факторів на схильність або резистентність населення до псоріазу.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Qaraleh O. B. Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype / O. B. Al-Qaraleh // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2020. – № 40. – P.48-53.

1. Girth body sizes in men with psoriasis of different somatotypes / O. B. Al-Qaraleh, S. V. Dmytrenko, A. I. Kondratiuk, I. A. Golubovsky, T. O. Rekun // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2021. – № 43. – P. 24-28.

2. Total, longitudinal and transverse body sizes in men with psoriasis of different somatotypes / O. B. Al-Qaraleh, O. Ye. Maievskiy, A. A. Glushak, I. V. Olkhova, H. V. Chaika // Reports of Morphology – 2021. – Т. 27, № 4. – P. 35-40.

6. Ким і коли впроваджено: кафедра дерматології та венерології з курсом косметології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Початок впровадження: вересень 2021 р. – квітень 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у навчальний процес та лекційний курс.

8. Соціально-економічний ефект: покращення підготовки молодих спеціалістів.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри дерматології
та венерології з курсом косметології
НМУ імені О. О. Богомольця
член-кореспондент НАМН України
д.мед.н., професор

Віктор Іванович Степаненко

Додаток Б3

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор закладу вищої освіти
 з науково-педагогічної роботи
 Буковинського державного
 медичного університету
 доцент _____ Ігор GERUШ
 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Пропозиція для впровадження:** визначення та оцінка конституціональних та психологічних особливостей виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів.
2. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.
3. **Автор впровадження:** Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова.
4. **Джерела інформації:** 1) Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh. (2020). Skinfold thickness in men with mild and severe psoriasis without and taking into account the somatotype. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (40), 48-53.
 2) Dmytrenko, S. V., Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dzevulska I. V., Skoruk, R. V., & Gunas, I. V. (2020). Features of total, longitudinal and transverse body sizes in men of the general group of patients with mild and severe psoriasis. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 24(4), 647-652.
 3) Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S.V., Shayuk, A.V., Gunas, I.V., & Prokopenko S.V. (2020). Peculiarities of girth body sizes in men with mild and severe psoriasis course. *Reports of Morphology*, 26 (4), 62-67.
5. **Де впроваджено:** у навчальний процес на кафедрі дерматовенерології Буковинського державного медичного університету МОЗ України.
6. **Термін впровадження:** вересень 2021 р. – квітень 2022 р.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес зі студентами спеціальності “Медицина”, лікарями-інтернами і лікарями-слухачами спеціальності “Дерматовенерологія” при викладанні питань етіопатогенезу та перебігу псоріазу.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань/вмін студентів спеціальності “Медицина”, лікарів-інтернів та лікарів-слухачів спеціальності “Дерматовенерологія” з питань етіопатогенезу та перебігу псоріазу.

Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри дерматовенерології
 Буковинського державного медичного
 університету, д. мед. н., професор

« 20 » _____ 2022 р.

Ольга ДЕНИСЕНКО

даних алгоритмів ймовірнісної оцінки сукупності симптомів і ознак даної патології унеможлиблює доклінічну діагностику та ускладнює лікарську оцінку ознак схильності до частого рецидивування. Це в свою чергу стає причиною зайвого суб'єктивізму в інтерпретації результатів досліджень та при складності і різноманітні механізмів патогенезу псоріазу може стати на заваді прийняттю правильного рішення. Використання сучасних медичних інформаційних технологій і програм є перспективним напрямком в медицині для ранньої діагностики та можливої профілактики багатьох мультифакторіальних захворювань, у тому числі і захворювань шкіри та її придатків.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Dmytrenko, S. V., Kyrychenko, V. I., Datsenko, G. V., & Gunas, V. I. (2021). Discriminant models of the possibility of occurrence and course of psoriasis in men of the general group and different somatotypes depending on the characteristics of anthro-somatotypological indicators. *Reports of Morphology*, 27(3), 67-72.

2. Obadeh Bassam Abdel-Rahman Al-Qaraleh, Дмитренко, С. В., & Костенко, М. П. (2022). *Комп'ютерна програма для прогнозування можливості виникнення та особливостей перебігу псоріазу "Psoriasis Test"*. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 111695; заявл. 10.12.2021, № с202108884, опубл. 09.02.2022.

6. Ким і коли впроваджено: шкіряно-венерологічне відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Термін впровадження: січень 2022 р. – лютий 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів дерматовенерологів шкіряно-венерологічне відділення військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

8. Соціально-економічний ефект: покращення діагностики та лікування хворих на псоріаз.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач шкіряно-венерологічного відділення
військово-медичного клінічного
центру Центрального регіону
підполковник



Ганна ГОРЧУК

Додаток Б5

«Затверджую»

Директор КНП «Вінницького обласного
клінічного шкірно-венерологічного
центру Вінницької обласної Ради»

к.мед.н., доцент

Максим ТРЕТ'ЯКОВ

2022 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва роботи: «Конституціональні та психологічні особливості виникнення та перебігу псоріазу у чоловіків різних соматотипів».

1. Автор: Обадех Бассам Абдель-Рахман Аль-Каралех, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

2. Пропозиція до впровадження: Уперше встановлено, що у досліджуваних з урахуванням та без урахування соматотипу ступінь прояву екставерсії менший, а нейротизму, ситуативної і особистісної тривожності – більший при поважчанні перебігу псоріазу. У пацієнтів із різним перебігом дерматозу мезоморфного соматотипу порівняно з ендо-мезоморфами аналогічних груп порівняння встановлено вищі рівні ситуативної і особистісної тривожності. При поважчанні перебігу псоріазу відмічається збільшення відсоткової частки осіб з емотивним, педантичним, тривожним, циклотимним, збудливим, дистимним і екзальтованим типом акцентуації характеру (досліджувані без урахування соматотипу і мезоморфи) та осіб із застрягаючим, демонстративним і збудливим типом акцентуації характеру (ендо-мезоморфи). Отримані результати свідчать про те, що виразність клінічних проявів дерматозу у досліджуваних тісно взаємопов'язана з властивим їм типом акцентуації характеру, що необхідно враховувати при зваженому підході до призначення симптоматичної терапії та вирішення питання про активізацію психологічної реабілітації на етапі активної медикаментозної терапії.

3. Актуальність дослідження:

Одним з найбільших викликів охорони здоров'я серед дерматологічних захворювань займає псоріаз, хронічне аутоімунне захворювання шкіри, що проявляється у вигляді папул червоного кольору, що піднімаються над рівнем неушкодженої шкіри, викликають свербіння та зливаються, утворюючи бляшки. І хоча псоріаз не є інфекційним захворюванням і не є заразним, його поширеність вражає. Всього у світі на дане захворювання страждає близько 125 мільйонів осіб. Відсутність надійного методу лікування, хронічний перебіг та висока поширеність псоріазу спричиняють виникнення відповідно і важкого економічного тягарю для населення і економіки країн в цілому. Окрім цього варто звернути увагу на емоційну складову життя пацієнтів з псоріазом. Дані особи мають підвищений ризик виникнення супутніх психічних захворювань та суїцидальних думок. Таким чином існує гостра необхідність у поглибленому вивченні особливостей особистості у пацієнтів з псоріазом, використовуючи при цьому прості методи дослідження, що дозволили б виділяти групи ризику навіть при масових скринінгових обстеженнях. Однією із найважливіших проблем сучасної дерматології є індивідуалізація програм діагностики, лікування та профілактики захворювань шкіри. Успішність її вирішення багато в чому залежить від того, наскільки повно,

системно будуть описані і соматична, і психічна складові індивідуальності пацієнта з урахуванням всього комплексу біологічних та психічних факторів, що впливають на його здоров'я.

4. Установа-розробник: Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

5. Джерела інформації:

1. Al-Qaraleh O. B. Leading typological characteristics of temperament and psychodynamic personality traits in men with psoriasis without and taking into account the somatotype / O. B. Al-Qaraleh // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2021. – Т. 25, № 3. – С. 454-461.

2. Peculiarities of expression indicators and accentuated personality traits in men with psoriasis without taking into account somatotype and in representatives of meso- and endo-mesomorphic somatotypes / O. B. Al-Qaraleh, V. I. Stepanenko, T. G. Krivonis, V. S. Shkolnikov, S. V. Prokopenko // Вісник Вінницького національного медичного університету – 2021. – Т. 25, № 4. – Р. 540-544.

6. Ким і коли впроваджено: комунальне неприбуткове підприємство Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної Ради.

Термін впровадження: грудень 2021 р. – лютий 2022 р.

7. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність лікарів дерматовенерологів КНП «Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Вінницької обласної Ради».

8. Соціально-економічний ефект: покращення діагностики та лікування хворих на псоріаз з урахуванням ситуативної і особистісної тривожності.

Відповідальний за впровадження:

Старший лікар консультативно-діагностичного відділу
КНП «Вінницького обласного
клінічного шкірно-венерологічного центру
Вінницької обласної Ради»

 Тетяна СТЕЛЬМАЦУК

Додаток В

Антропо-соматотипологічні показники у чоловіків загальної групи та різних соматотипів хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу.

В таблицях додатка:

ЛП – хворі на псоріаз легкого перебігу;

ТП – хворі на псоріаз важкого перебігу;

мез. – чоловіки мезоморфного соматотипу;

ен-мез. – чоловіки ендо-мезоморфного соматотипу;

r – достовірність відмінностей між показниками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипу у відповідних групах здорових або хворих чоловіків;

$r_{з-лп/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на псоріаз легкого перебігу;

$r_{з-тп/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на псоріаз важкого перебігу;

$r_{з/м-лп/м}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз легкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$r_{з/м-тп/м}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$r_{з/ем-лп/ем}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз легкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

$r_{з/ем-тп/ем}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

$r_{лп/м-тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками;

$R_{лп/м-тп/м}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$R_{лп/ем-тп/ем}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

W – маса тіла (кг);

H – довжина тіла (см);

S – площа поверхні тіла (м²);

ATND – висота надгруднинної антропометричної точки (см);

ATL – висота лобкової антропометричної точки (см);

ATPL – висота акроміальної антропометричної точки (см);

ATP – висота пальцевої антропометричної точки (см);

ATV – висота вертлюгової антропометричної точки (см);

EPPL – ширина дистального епіфіза плеча (см);

EPPLR – ширина дистального епіфіза передпліччя (см);

EPB – ширина дистального епіфіза стегна (см);

EPG – ширина дистального епіфіза гомілки (см);

OBPL1 – обхват плеча у напруженому стані (см);

OBPL2 – обхват плеча у ненапруженому стані (см);

OBPR1 – обхват передпліччя у верхній частині (см);

OBPR2 – обхват передпліччя у нижній частині (см);

OBV – обхват стегна (см);

OBG1 – обхват гомілки у верхній частині (см);

OBG2 – обхват гомілки у нижній частині (см);

OBSH – обхват шиї (см);

OBT – обхват талії (см);

OBVV – обхват стегон (см);

OBK – обхват кисті (см);

OBS – обхват стопи (см);

OBGK1 – обхват грудної клітки на вдиху (см);

OBGK2 – обхват грудної клітки на видиху (см);

- OBGK3 – обхват грудної клітки у спокійному стані (см);
 PSG – поперечний середньогрудний діаметр (см);
 PNG – поперечний нижньогрудний діаметр (см);
 SGK – передньо-задній середньогруднинний діаметр (см);
 ACR – ширина плечей (см);
 SPIN – міжостьова відстань (см);
 CRIS – міжребенева відстань (см);
 TROCH – міжвертлюгова відстань (см);
 GZPL – товщина складки на задній поверхні плеча (мм);
 GPPL – товщина складки на передній поверхні плеча (мм);
 GPR – товщина шкірно-жирової складки на передпліччі (мм);
 GL – товщина складки під нижнім кутом лопатки (мм);
 GGR – товщина шкірно-жирової складки на грудях (мм);
 GG – товщина шкірно-жирової складки на животі (мм);
 GB – товщина шкірно-жирової складки на боку (мм);
 GBD – товщина шкірно-жирової складки на стегні (мм);
 GGL – товщина шкірно-жирової складки на гомілці (мм);
 FX – ендоморфний компонент соматотипу (бал);
 MX – мезоморфний компонент соматотипу (бал);
 LX – екторморфний компонент соматотипу (бал);
 MM – м'язовий компонент маси тіла (кг);
 OM – кістковий компонент маси тіла (кг);
 DM – жировий компонент маси тіла (кг).

Таблиця В.1

Порівняння тотальних і поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові	Хворі на псоріаз		P _{з-п/лп}	P _{з-ппп}	P _{п/лп -п/пп}
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
W	73,68±10,40	92,23±16,37	89,27±15,56	<0,001	<0,001	>0,05

Продовження табл. В.1

1	2	3	4	5	6	7
H	177,2±6,5	180,0±5,2	177,2±5,8	<0,05	>0,05	<0,01
S	1,903±0,148	2,115±0,179	2,063±0,177	<0,001	<0,001	>0,05
ATND	143,8±6,1	148,2±4,9	146,0±5,2	<0,001	<0,05	<0,05
ATL	90,57±5,04	87,79±3,73	85,95±5,34	<0,01	<0,001	=0,091
ATPL	146,9±7,1	150,3±5,1	148,2±5,1	<0,01	=0,099	<0,05
ATP	65,85±4,95	70,11±3,04	68,89±3,35	<0,001	<0,001	>0,05
ATV	94,04±5,40	86,91±10,73	87,86±5,87	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця В.2

Порівняння ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (M±σ).

Показники	Здорові	Хворі на псоріаз		Pз-п/лп	Pз-лпп	Pп/лп -п/лп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
EPPL	6,899±0,438	7,413±0,541	7,319±0,511	<0,001	<0,001	>0,05
EPPR	5,724±0,327	5,916±0,271	5,782±0,360	<0,01	>0,05	=0,058
EPB	8,917±0,437	9,941±0,667	9,594±0,842	<0,001	<0,001	<0,05
EPG	7,277±0,469	6,916±0,585	6,947±0,501	<0,01	<0,001	>0,05

Таблиця В.3

Порівняння обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (M±σ).

Показники	Здорові	Хворі на псоріаз		Pз-п/лп	Pз-лпп	Pп/лп -п/лп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
OBPL1	33,23±2,84	36,47±2,54	35,67±3,34	<0,001	<0,001	>0,05
OBPL2	30,17±2,94	35,17±2,47	34,41±3,19	<0,001	<0,001	>0,05
OBPR1	27,33±2,01	29,72±1,84	29,41±2,26	<0,001	<0,001	>0,05
OBPR2	17,44±1,24	18,20±0,98	18,27±1,10	<0,01	<0,001	>0,05
OBK	21,39±1,22	22,55±1,28	22,70±1,09	<0,001	<0,001	>0,05
OBV	53,25±4,49	60,08±4,45	58,70±6,09	<0,001	<0,001	>0,05
OBVV	95,04±6,39	104,1±7,1	101,6±9,2	<0,001	<0,001	>0,05

Продовження табл. В.3

1	2	3	4	5	6	7
OBG1	36,43±2,91	40,56±2,47	39,55±3,05	<0,001	<0,001	>0,05
OBG2	23,41±1,87	25,64±1,71	24,88±1,65	<0,001	<0,001	<0,05
OBS	24,96±1,46	25,28±0,97	25,38±1,14	>0,05	>0,05	>0,05
OBSH	37,67±1,92	40,48±2,80	40,85±2,38	<0,001	<0,001	>0,05
OBT	79,48±7,32	95,83±17,27	97,18±13,31	<0,001	<0,001	>0,05
OBGK1	100,0±6,0	108,4±9,4	107,8±9,4	<0,001	<0,001	>0,05
OBGK2	93,18±6,39	104,2±9,7	103,9±9,8	<0,001	<0,001	>0,05
OBGK3	95,20±6,57	105,8±9,9	105,3±9,8	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця В.4

Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (M±σ).

Показ- ники	Здорові	Хворі на псоріаз		Pз-п/лп	Pз-лпп	Pп/лп -п/тп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
PSG	28,35±2,19	33,97±2,97	33,88±3,46	<0,001	<0,001	>0,05
PNG	25,30±2,26	30,31±2,81	30,00±3,18	<0,001	<0,001	>0,05
SGK	19,93±2,12	24,22±3,29	24,96±3,18	<0,001	<0,001	>0,05
ACR	42,02±2,64	35,13±2,65	35,32±2,62	<0,001	<0,001	>0,05
SPIN	26,33±1,98	30,00±2,48	29,94±2,14	<0,001	<0,001	>0,05
CRIS	29,38±2,02	33,91±2,35	33,28±2,04	<0,001	<0,001	>0,05
TROCH	32,96±2,10	37,16±2,14	36,78±1,93	<0,001	<0,001	>0,05

Таблиця В.5

Порівняння товщини шкірно-жирових складок між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (M±σ).

Показ- ники	Здорові	Хворі на псоріаз		Pз-п/лп	Pз-лпп	Pп/лп -п/тп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
GZPL	7,848±2,914	4,938±1,933	5,059±1,819	<0,001	<0,001	>0,05
GPPL	5,592±2,132	3,875±1,792	3,868±1,656	<0,001	<0,001	>0,05
GPR	4,173±1,621	4,281±1,727	4,177±1,360	>0,05	>0,05	>0,05
GL	13,53±3,92	17,31±7,44	16,12±6,63	<0,01	<0,05	>0,05

Продовження табл. В.5

1	2	3	4	5	6	7
GGR	4,924±1,729	3,938±1,501	4,059±1,761	<0,01	<0,001	>0,05
GG	12,33±4,79	17,97±8,68	17,63±7,79	<0,001	<0,001	>0,05
GB	10,75±4,41	20,28±7,87	18,47±7,17	<0,001	<0,001	>0,05
GBD	12,80±3,85	8,906±3,439	8,868±3,425	<0,001	<0,001	>0,05
GGL	8,982±2,691	10,25±3,98	9,441±3,431	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця В.6

Порівняння компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу ($M \pm \sigma$).

Показ- ники	Здорові	Хворі на псоріаз		P _{з-п/лп}	P _{з-ппп}	P _{п/лп -п/пп}
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
FX	3,230±1,046	4,278±1,350	3,953±1,321	<0,001	<0,001	>0,05
MX	4,689±1,332	6,638±1,261	6,413±1,763	<0,001	<0,001	>0,05
LX	2,512±1,253	1,114±1,003	1,073±1,041	<0,001	<0,001	>0,05
MM	34,22±5,88	45,69±5,67	43,23±6,76	<0,001	<0,001	>0,05
OM	11,01±1,30	12,35±1,53	11,71±1,34	<0,001	<0,01	=0,087
DM	10,96±3,50	12,60±5,84	11,83±4,96	>0,05	>0,05	>0,05

Порівняння тотальних і поздовжніх розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів ($M \pm \sigma$).

Показ- ники	Здорові		p	Псоріаз ЛП		p	Псоріаз ТП		p	p _{з/м-лп/м}	p _{з/ем-лп/ем}	p _{з/м-тп/м}	p _{з/ем-тп/ем}	p _{лп/м-тп/м}	p _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
W	76,43± 9,78	79,92± 7,47	>0,05	89,48± 14,68	111,5± 16,3	<0,01	90,38± 13,20	90,51± 25,28	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
H	175,8± 6,9	177,8± 5,9	>0,05	179,2± 4,9	185,5± 3,1	<0,05	176,4± 4,6	179,2± 8,9	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
S	1,923± 0,149	1,977± 0,116	>0,05	2,082± 0,157	2,346± 0,164	<0,01	2,069± 0,144	2,087± 0,313	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
ATND	142,5± 6,5	144,5± 5,7	>0,05	147,6± 4,4	152,5± 6,4	>0,05	145,4± 4,0	147,3± 8,2	>0,05	<0,001	=0,070	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05
ATL	89,21± 5,46	90,82± 4,54	>0,05	87,46± 3,86	90,05± 1,42	>0,05	85,66± 4,36	87,13± 4,06	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
ATPL	145,2± 7,3	147,6± 6,6	>0,05	149,5± 4,7	156,0± 3,5	<0,05	147,2± 4,0	151,0± 6,1	>0,05	<0,05	<0,05	=0,056	>0,05	<0,05	>0,05
ATP	65,61± 5,49	66,31± 4,74	>0,05	69,77± 2,94	72,50± 3,00	<0,05	68,63± 3,00	69,67± 3,94	>0,05	<0,001	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
ATV	92,38± 5,96	95,92± 3,75	<0,05	86,21± 11,29	91,75± 2,63	>0,05	87,59± 4,96	89,44± 3,71	>0,05	<0,01	<0,05	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05

Порівняння ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів ($M \pm \sigma$).

Показ- ники	Здорові		p	Псоріаз ЛП		p	Псоріаз ТП		p	p _{з/м-лп/м}	p _{з/ем-лп/ем}	p _{з/м-тп/м}	p _{з/ем-тп/ем}	p _{лп/м-тп/м}	p _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
EPPL	6,982± 0,489	6,823± 0,402	>0,05	7,354± 0,546	7,825± 0,287	<0,05	7,313± 0,534	7,500± 0,367	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05
EPPR	5,810± 0,339	5,723± 0,249	>0,05	5,893± 0,267	6,075± 0,287	>0,05	5,776± 0,364	5,778± 0,338	>0,05	>0,05	=0,062	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
EPB	9,010± 0,506	8,905± 0,310	>0,05	9,904± 0,534	10,20± 1,39	>0,05	9,731± 0,674	9,044± 1,477	<0,05	<0,001	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
EPG	7,324± 0,408	7,365± 0,626	>0,05	6,896± 0,608	7,050± 0,436	>0,05	6,949± 0,502	7,144± 0,283	>0,05	<0,01	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05

Порівняння обхватних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів ($M \pm \sigma$).

Показ- ники	Здорові		p	Псоріаз ЛП		p	Псоріаз ТП		p	p _{з/м-лп/м}	p _{з/ем-лп/ем}	p _{з/м-тп/м}	p _{з/ем-тп/ем}	p _{лп/м-тп/м}	p _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
OBPL1	34,97± 2,28	33,35± 1,81	= 0,057	36,16± 2,55	38,63± 1,11	< 0,05	36,24± 2,90	34,72± 4,15	>0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,05	>0,05	>0,05	>0,05
OBPL2	31,92± 2,49	30,42± 1,75	=0,095	34,86± 2,43	37,38± 1,60	< 0,05	34,94± 2,73	33,83± 3,84	>0,05	< 0,001	< 0,01	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBPR1	28,37± 1,59	27,69± 1,52	>0,05	29,61± 1,78	30,50± 2,31	>0,05	29,74± 2,16	28,78± 2,25	>0,05	< 0,01	< 0,05	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBPR2	17,96± 1,18	17,31± 1,09	=0,091	18,07± 0,92	19,13± 1,03	< 0,05	18,44± 0,92	17,56± 1,69	=0,097	>0,05	< 0,05	< 0,05	>0,05	=0,088	>0,05
OBK	21,83± 1,06	21,23± 1,55	>0,05	22,41± 1,19	23,50± 1,73	>0,05	22,80± 0,89	22,17± 1,90	>0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBV	55,12± 3,85	54,54± 4,03	>0,05	59,82± 4,26	61,88± 6,01	>0,05	59,60± 5,78	56,50± 6,57	= 0,077	< 0,001	< 0,05	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBVB	96,67± 5,46	99,15± 3,82	= 0,056	103,3± 7,2	109,8± 2,6	< 0,05	102,6± 9,1	100,4± 9,1	>0,05	< 0,001	< 0,01	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBG1	37,58± 2,80	37,27± 2,66	>0,05	40,43± 2,18	41,50± 4,36	>0,05	40,21± 2,31	37,89± 4,62	= 0,076	< 0,001	= 0,073	< 0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OBG2	24,04± 1,81	23,85± 2,09	>0,05	25,61± 1,64	25,88± 2,46	>0,05	24,99± 1,61	24,50± 2,09	>0,05	< 0,001	>0,05	< 0,01	>0,05	= 0,064	>0,05

Продовження табл. В.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
OBS	25,06± 1,31	25,46± 1,66	>0,05	25,13± 0,82	26,38± 1,31	=0,056	25,45± 1,08	25,06± 1,69	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
OBSH	38,47± 1,71	38,54± 1,57	>0,05	40,13± 2,78	43,00± 1,41	<0,05	41,13± 2,27	40,28± 2,88	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	<0,01	>0,05
OBT	80,65± 6,11	85,50± 7,15	<0,05	92,93± 15,95	116,1± 12,8	<0,01	98,80± 11,05	97,33± 19,41	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	<0,01	>0,05
OBGK1	101,2± 5,2	105,0± 4,3	<0,05	106,6± 8,4	120,9± 7,1	<0,01	108,5± 8,4	109,7± 11,5	>0,05	<0,01	<0,01	<0,001	>0,05	=0,072	>0,05
OBGK2	94,38± 5,21	98,54± 4,18	<0,01	102,5± 8,9	116,5± 6,4	<0,01	104,9± 8,8	105,3± 11,3	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05
OBGK3	96,94± 5,60	100,4± 5,2	<0,05	103,9± 8,8	119,0± 6,9	<0,01	106,1± 8,8	107,7± 11,6	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05

Порівняння поперечних розмірів тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (M±σ).

Показ- ники	Здорові		p	Псоріаз ЛП		p	Псоріаз ТП		p	Pз/м-лп/м	Pз/ем-лп/ем	Pз/м-тп/м	Pз/ем-тп/ем	Pлп/м-тп/м	Pлп/ем-тп/ем
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PSG	28,67± 2,16	29,42± 2,04	>0,05	33,32± 2,37	38,50± 3,00	<0,01	34,15± 3,19	34,44± 4,28	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05
PNG	25,73± 2,07	25,73± 2,82	>0,05	29,82± 2,48	33,75± 2,87	<0,05	30,27± 2,94	30,56± 3,50	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01	>0,05	>0,05
SGK	20,13± 2,24	21,46± 1,46	<0,01	23,43± 2,10	29,75± 5,06	<0,05	25,11± 2,74	25,33± 5,22	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,05	<0,01	>0,05
ACR	42,19± 2,97	42,65± 1,34	>0,05	34,86± 2,58	37,00± 2,71	>0,05	35,62± 2,55	34,56± 3,00	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05
SPIN	26,18± 2,20	27,08± 1,20	=0,066	29,75± 2,50	31,75± 1,50	>0,05	29,93± 2,14	31,22± 1,09	=0,067	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05
CRIS	29,41± 2,11	30,42± 1,62	=0,069	33,75± 2,46	35,00± 0,82	>0,05	33,31± 2,16	33,78± 1,30	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05
TROCH	33,46± 2,16	33,46± 1,38	>0,05	37,07± 2,28	37,75± 0,50	>0,05	36,93± 2,04	36,67± 1,12	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05

Таблиця В.12

Порівняння компонентів соматотипу та показників компонентного складу маси тіла між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів ($M \pm \sigma$).

Показ- ники	Здорові		р	Псоріаз ЛП		р	Псоріаз ТП		р	р _{з/м-лп/м}	р _{з/ем-лп/ем}	р _{з/м-тп/м}	р _{з/ем-тп/ем}	р _{лп/м-тп/м}	р _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
FX	3,013± 0,823	4,426± 0,634	<0,001	3,915± 0,922	6,823± 1,149	<0,01	3,958± 1,017	4,964± 1,902	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	=0,090
MX	5,495± 1,188	4,878± 0,852	>0,05	6,589± 1,226	6,985± 1,650	>0,05	6,805± 1,509	5,519± 1,662	<0,05	<0,001	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
LX	1,873± 0,780	1,713± 0,704	>0,05	1,203± 1,031	0,493± 0,502	>0,05	0,828± 0,739	1,338± 0,920	>0,05	<0,01	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
MM	37,42± 5,63	32,98± 3,38	<0,05	45,50± 5,67	47,05± 6,34	>0,05	44,42± 5,88	39,73± 9,16	>0,05	<0,001	<0,01	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
OM	11,12± 1,45	11,07± 1,18	>0,05	12,17± 1,39	13,57± 2,13	>0,05	11,75± 1,16	11,79± 2,31	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
DM	10,44± 2,95	14,80± 1,80	<0,001	10,86± 2,83	24,82± 7,25	<0,01	11,55± 3,25	16,37± 9,47	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Додаток Г

Показники особливостей особистості у чоловіків загальної групи та різних соматотипів хворих на псоріаз легкого та важкого перебігу.

В таблицях додатка:

ЛП – хворі на псоріаз легкого перебігу;

ТП – хворі на псоріаз важкого перебігу;

мез. – чоловіки мезоморфного соматотипу;

ен-мез. – чоловіки ендо-мезоморфного соматотипу;

r – достовірність відмінностей між показниками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипу у відповідних групах здорових або хворих чоловіків;

$r_{з-п/лп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на псоріаз легкого перебігу;

$r_{з-п/тп}$ – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на псоріаз важкого перебігу;

$r_{з/м-лп/м}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз легкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$r_{з/м-тп/м}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$r_{з/ем-лп/ем}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз легкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

$r_{з/ем-тп/ем}$ – достовірність відмінностей між здоровими чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу та хворими на псоріаз важкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

$r_{лп/м-тп}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками;

$r_{лп/м-тп/м}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками мезоморфного соматотипу;

$R_{лп/ем-тп/ем}$ – достовірність відмінностей між хворими на псоріаз легкого та важкого перебігу чоловіками ендо-мезоморфного соматотипу;

AZ_E – показник за шкалою екстраверсії-інтроверсії за Айзенком (бал.);

AZ_N – показник за шкалою нейротизму за Айзенком (бал.);

AZ_L – показник за шкалою нещирості за Айзенком (бал.);

SP_ST – показник ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером (бал.);

SP_LT – показник особистісної тривожності за Спілбергером (бал.);

SH_G – показник акцентуації характеру гіпертимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_Z – показник акцентуації характеру застрягаючого типу за Шмішеком (бал.);

SH_EM – показник акцентуації характеру емотивного типу за Шмішеком (бал.);

SH_P – показник акцентуації характеру педантичного типу за Шмішеком (бал.);

SH_T – показник акцентуації характеру тривожного типу за Шмішеком (бал.);

SH_C – показник акцентуації характеру циклотимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_DM – показник акцентуації характеру демонстративного типу за Шмішеком (бал.);

SH_V – показник акцентуації характеру збудливого типу за Шмішеком (бал.);

SH_DC – показник акцентуації характеру дистимного типу за Шмішеком (бал.);

SH_EK – показник акцентуації характеру екзальтованого типу за Шмішеком (бал.);

USK_1 – показник шкали загальної інтернальності рівня суб'єктивного контролю за Роттером (стени);

USK_2 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі досягнень за Роттером (стени);

USK_3 – показник рівня суб'єктивного контролю в галузі невдач за Роттером (стени);

USK_4 – показник рівня суб’єктивного контролю в галузі сімейних відносин за Роттером (стени);

USK_5 – показник рівня суб’єктивного контролю в галузі навчальних (професійних) відносин за Роттером (стени);

USK_6 – показник рівня суб’єктивного контролю в галузі міжособистісних відносин за Роттером (стени);

USK_7 – показник рівня суб’єктивного контролю в галузі здоров’я і хвороби за Роттером (стени).

Таблиця Г.1

Порівняння провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові	Хворі на псоріаз		Рз-п/лп	Рз-ппп	Рп/лп -п/тп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
AZ_E	13,73±3,24	13,41±3,84	13,03±4,11	>0,05	>0,05	>0,05
AZ_N	10,29±5,52	7,313±3,533	10,04±4,89	<0,01	>0,05	<0,01
AZ_L	3,329±1,078	5,594±2,061	4,806±2,210	<0,001	<0,001	>0,05
SP_ST	40,09±7,46	38,75±7,65	41,93±8,14	>0,05	>0,05	=0,097
SP_LT	38,47±7,21	35,19±7,31	39,42±9,94	<0,05	>0,05	<0,05

Таблиця Г.2

Порівняння провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу (%).

Показники	Здорові (n=82)	Хворі		Рз-п/лп	Рз-ппп	Рп/лп -п/тп	
		ЛП (n=32)	ТП (n=68)				
1	2	3	4	5	6	7	
AZ_E	2	3,66	9,38	8,82	>0,05	>0,05	>0,05
	3	8,54	9,38	19,12	>0,05	=0,058	>0,05
	4	41,46	37,50	33,82	>0,05	>0,05	>0,05
	5	42,68	40,63	30,88	>0,05	>0,05	>0,05
	6	3,66	3,13	5,88	>0,05	>0,05	>0,05

Продовження табл. Г.2

1		2	3	4	5	6	7
AZ_N	1	12,20	3,13	4,41	>0,05	=0,094	>0,05
	2	10,98	50,00	19,12	<0,001	>0,05	<0,01
	3	34,15	37,50	33,82	>0,05	>0,05	>0,05
	4	17,07	3,13	22,06	=0,050	>0,05	<0,05
	5	15,85	3,13	10,29	=0,066	>0,05	>0,05
	6	9,76	3,13	8,82	>0,05	>0,05	>0,05
AZ_L	1	35,37	12,50	32,35	<0,05	>0,05	<0,05
	2	64,63	87,50	66,18	<0,05	>0,05	<0,05
SP_ST	1	4,88	12,50	2,94	>0,05	>0,05	=0,063
	2	73,17	53,13	69,12	<0,05	>0,05	>0,05
	3	20,73	31,25	26,47	>0,05	>0,05	>0,05
SP_LT	1	14,63	21,88	8,82	>0,05	>0,05	=0,073
	2	65,85	71,88	72,06	>0,05	>0,05	>0,05
	3	18,29	6,25	17,66	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.3

Порівняння показників вираженості та особливостей акцентуєваних рис особистості між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування соматотипу ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові	Хворі на псоріаз		Рз-п/лп	Рз-п/лп	Рп/лп -п/лп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
SH_G	17,45±4,52	17,34±5,04	16,75±5,25	>0,05	>0,05	>0,05
SH_Z	12,93±3,40	12,00±3,73	13,40±2,91	>0,05	>0,05	=0,058
SH_EM	11,89±4,20	12,66±3,87	12,45±4,02	>0,05	>0,05	>0,05
SH_P	11,83±4,39	11,00±4,13	12,81±4,72	>0,05	>0,05	>0,05
SH_T	9,220±5,493	7,219±4,368	9,000±6,708	>0,05	>0,05	>0,05
SH_C	12,95±5,27	9,469±3,967	11,46±5,22	<0,001	=0,074	=0,061
SH_DM	12,29±3,91	11,38±4,38	11,79±3,64	>0,05	>0,05	>0,05
SH_V	12,40±5,27	8,625±5,988	10,07±6,26	<0,01	<0,05	>0,05
SH_DC	7,902±4,123	8,063±4,406	9,761±5,126	>0,05	<0,05	>0,05
SH_EK	13,61±5,82	12,75±3,32	12,72±5,17	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.4

**Порівняння показників вираженості та особливостей акцентуованих
рис особистості між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками
без урахування соматотипу (%).**

Показники		Здорові (n=82)	Хворі		Рз-п/лп	Рз-ппп	Рп/лп -п/тп
			ЛП (n=32)	ТП (n=68)			
1		2	3	4	5	6	7
SH_G	1	23,17	15,63	22,06	>0,05	>0,05	>0,05
	2	39,02	43,75	39,71	>0,05	>0,05	>0,05
	3	37,80	40,63	36,76	>0,05	>0,05	>0,05
SH_Z	1	48,78	62,50	39,71	>0,05	>0,05	<0,05
	2	50,00	34,38	55,88	>0,05	>0,05	<0,05
	3	1,22	3,13	2,94	>0,05	>0,05	>0,05
SH_EM	1	65,85	50,00	61,76	>0,05	>0,05	>0,05
	2	32,93	50,00	32,35	=0,094	>0,05	=0,093
	3	1,22	0	4,41	>0,05	>0,05	>0,05
SH_P	1	57,32	75,00	55,88	=0,083	>0,05	=0,069
	2	39,02	21,88	35,29	=0,086	>0,05	>0,05
	3	3,66	3,13	7,35	>0,05	>0,05	>0,05
SH_T	1	76,83	96,88	82,35	<0,05	>0,05	<0,05
	2	21,95	3,13	1,47	<0,05	<0,001	>0,05
	3	1,22	0	14,71	>0,05	<0,01	<0,05
SH_C	1	53,66	87,50	66,18	<0,001	>0,05	<0,05
	2	35,37	9,38	25,00	<0,01	>0,05	=0,072
	3	10,98	3,13	7,35	>0,05	>0,05	>0,05
SH_DM	1	59,76	68,75	61,76	>0,05	>0,05	>0,05
	2	36,59	25,00	32,35	>0,05	>0,05	>0,05
	3	3,66	6,25	4,41	>0,05	>0,05	>0,05
SH_V	1	54,88	78,13	66,18	<0,05	>0,05	>0,05
	2	37,80	15,63	22,06	<0,05	<0,05	>0,05
	3	7,32	6,25	10,29	>0,05	>0,05	>0,05
SH_DC	1	90,24	81,25	80,88	>0,05	>0,05	>0,05
	2	9,76	18,75	10,29	>0,05	>0,05	>0,05
	3	0	0	7,35	>0,05	<0,05	>0,05
SH_EK	1	68,29	78,13	75,00	>0,05	>0,05	>0,05
	2	17,07	21,88	16,18	>0,05	>0,05	>0,05
	3	14,63	0	7,35	<0,05	>0,05	>0,05

Таблиця Г.5

**Порівняння показників показників рівня суб'єктивного контролю
між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками без урахування
соматотипу ($M \pm \sigma$).**

Показ- ники	Здорові	Хворі на псоріаз		Рз-п/лп	Рз-п/тп	Рп/лп -п/тп
		ЛП	ТП			
1	2	3	4	5	6	7
USK_1	4,831±1,765	4,813±1,674	4,791±1,719	>0,05	>0,05	>0,05
USK_2	5,649±1,783	5,844±1,568	5,985±1,754	>0,05	>0,05	>0,05
USK_3	5,130±1,794	4,938±1,777	4,582±1,819	>0,05	=0,067	>0,05
USK_4	5,922±1,876	6,375±1,409	5,821±1,687	>0,05	>0,05	>0,05
USK_5	4,104±1,527	4,031±1,257	4,358±1,602	>0,05	>0,05	>0,05
USK_6	6,221±1,722	5,469±1,244	5,552±1,560	<0,05	<0,05	>0,05
USK_7	6,182±1,812	5,000±1,295	5,045±1,482	<0,001	<0,001	>0,05

Порівняння провідних типологічних характеристик темпераменту та психодинамічних особливостей особистості між здоровими та хворими на псоріаз чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів ($M \pm \sigma$).

Показники	Здорові		р	Псоріаз ЛП		р	Псоріаз ТП		р	р _{з/м-лп/м}	р _{з/ем-лп/ем}	р _{з/м-тп/м}	р _{з/ем-тп/ем}	р _{лп/м-тп/м}	р _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AZ_E	13,36± 3,22	13,85± 3,29	>0,05	13,32± 4,06	14,00± 2,00	>0,05	13,02± 4,30	14,00± 3,35	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
AZ_N	9,539± 4,839	9,846± 5,414	>0,05	7,536± 3,707	5,750± 1,258	>0,05	10,31± 5,04	8,333± 3,674	>0,05	<0,05	=0,079	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
AZ_L	3,333± 1,108	3,308± 1,182	>0,05	5,571± 2,168	5,750± 1,258	>0,05	5,000± 2,181	3,556± 2,242	=0,079	<0,001	<0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
SP_ST	38,13± 6,40	40,08± 6,68	>0,05	39,18± 8,06	35,75± 2,36	>0,05	42,37± 8,58	38,33± 5,43	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
SP_LT	38,26± 6,65	34,92± 8,36	=0,091	35,57± 7,61	32,50± 4,36	>0,05	39,96± 10,23	35,22± 5,83	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	=0,067	>0,05

Продовження табл. Г.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
SH_DM	1	56,41	61,54	>0,05	71,43	50,00	>0,05	60,00	55,56	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	2	38,46	30,77	>0,05	21,43	50,00	>0,05	34,55	33,33	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	3	5,13	7,69	>0,05	7,14	0	>0,05	3,64	11,11	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_V	1	51,28	53,85	>0,05	78,57	75,00	>0,05	67,27	55,56	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	2	43,59	38,46	>0,05	14,29	25,00	>0,05	20,00	33,33	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
	3	5,13	7,69	>0,05	7,14	0	>0,05	10,91	11,11	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_DC	1	92,31	92,31	>0,05	82,14	75,00	>0,05	80,00	100	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	2	7,69	7,69	>0,05	17,86	25,00	>0,05	10,91	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	3	0	0	>0,05	0	0	>0,05	7,27	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
SH_EK	1	74,36	69,23	>0,05	78,57	75,00	>0,05	72,73	88,89	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	2	15,38	15,38	>0,05	21,43	25,00	>0,05	16,36	11,11	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	3	10,26	15,38	>0,05	0	0	>0,05	9,09	0	>0,05	=0,085	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

**Порівняння показників показників рівня суб'єктивного контролю між здоровими та хворими на псоріаз
чоловіками мезоморфного та ендо-мезоморфного соматотипів (M±σ).**

Показ- ники	Здорові		р	Псоріаз ЛП		р	Псоріаз ТП		р	р _{з/м-лп/м}	р _{з/ем-лп/ем}	р _{з/м-тп/м}	р _{з/ем-тп/ем}	р _{лп/м-тп/м}	р _{лп/ем-тп/ем}
	мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.		мез.	ен-мез.							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
USK_1	5,361± 1,869	4,583± 1,311	>0,05	4,679± 1,679	5,750± 1,500	>0,05	4,741± 1,729	5,222± 1,716	>0,05	>0,05	>0,05	=0,066	>0,05	>0,05	>0,05
USK_2	6,111± 1,848	5,417± 0,996	>0,05	5,679± 1,541	7,000± 1,414	>0,05	5,982± 1,619	6,444± 2,128	>0,05	>0,05	=0,060	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
USK_3	5,889± 1,879	4,333± 1,435	<0,05	4,750± 1,481	6,250± 3,202	>0,05	4,574± 1,968	4,222± 0,972	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
USK_4	6,306± 2,109	5,833± 1,337	>0,05	6,286± 1,243	7,000± 2,449	>0,05	5,944± 1,664	5,444± 2,128	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
USK_5	4,611± 1,554	3,750± 1,545	>0,05	3,964± 1,319	4,500± 0,577	>0,05	4,296± 1,656	4,889± 1,453	>0,05	=0,084	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
USK_6	6,528± 1,647	6,333± 0,651	>0,05	5,393± 1,227	6,000± 1,414	>0,05	5,537± 1,563	5,889± 1,167	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
USK_7	6,417± 1,977	5,583± 1,975	>0,05	4,929± 1,359	5,500± 0,577	>0,05	4,982± 1,447	5,667± 1,414	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05

