## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

На правах рукопису

*Дмитренко Світлана Володимирівна*

УДК 616-071.3:616.517:613.99:616-055.1

ФЕНОТИПІЧНІ ТА ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЛЯ

14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби

Автореферат

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Науковий керівник

Коляденко Володимир Григорович

доктор медичних наук, професор

Вінниця – 2008

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** У розвинутих країнах на псоріаз, що являє собою мультифакторіальне хронічне спадкове захворювання шкіри з численними клінічними проявами, страждають 1,5-2% населення (Владимиров В.В., Меньшикова А.В.,1998; Коляденко Є.В., 1999; Baker H., 1994; Pour-Jafari H. et al., 2003). За приблизними підрахунками експертів ВООЗ у світі нараховується до 200 мільйонів хворих на псоріаз і кількість їх постійно зростає (Буянова О.В., 2005). Протягом X років спостерігається тенденція до збільшення випадків псоріазу, а також до ускладнення форм його перебігу – еритродермічні стани, пустульозні форми, артропатичний псоріаз, бляшкоподібний псоріаз з високою резистентністю до лікування тощо.

Згідно з даними клініко-епідеміологічних досліджень, що були проведені впродовж останнього десятиріччя в Україні, найчастіше захворювання дебютує в молодому віці (21-40 років), що визначає вельми імовірною його соціальну значущість (Коляденко В.Г., Чернишов П.В., 2005). Актуальність проблеми також зумовлена відсутністю загальноприйнятої концепції етіопатогенезу захворювання. Як зазначають фахівці ВООЗ, псоріаз – являє собою глобальну проблему охорони здоров’я. Це зумовлено його високою поширеністю; істотним зниженням якості життя, працездатності хворих;; економічними збитками, до яких призводить захворювання тощо. Вирішення цієї проблеми неможливе без розвитку нових інформаційних методів дослідження, які дали б змогу завчасного попередження розвитку хвороби.

Коріння первинної профілактики заглиблюються не лише в період раннього дитинства, а навіть в той проміжок часу, коли дитина ще знаходиться у череві матері (Косицький Г.І., 1987; Кваша Л.В., 2004). Профілактика пошкоджень при псоріазі пов'язана з особливостями формування та розвитку організму, з характером харчування та фізичного навантаження, впливом невротичних станів та інших екзогенних чинників. Підкреслюючи роль ендогенних факторів ризику, необхідне детальне вивчення даної патології і передусім конституційних особливостей організму людини.

Об’єднання проблем конституції та генетичних маркерів, що спостерігається на сучасному етапі, та погляди на конституцію як на систему маркерів, котрі пов’язані, в значній мірі, із виявленням генетичних факторів схильності до розвитку мультифакторіальних захворювань, визначають загальну проблему в урахуванні як фенотипічних, так і генетичних маркерів у хворих на псоріаз. В цілому ряді досліджень доведено, що гени взаємодіють з факторами навколишнього середовища (так званий багатофакторний полігенний механізм), який в свою чергу, обумовлює не тільки атопічну конституцію, але й розвиток різних патологічних станів (Нікітюк Б.М. з співавт., 1998; Берестова Т.Г., Гунас І.В., 1999; Гунас І.В. з співавт., 2004, 2007; Черкасов В.Г. з співав., 2005, 2006; Tariq S.M. et al., 1998).

Згідно з співвідношенням ролі середовищних і спадкових факторів у патогенезі, псоріаз часто відносять до групи захворювань, етіологічним фактором для яких є навколишнє середовище, причому на частоту виникнення і важкість перебігу суттєвий вплив має спадковість, що підтверджує їх мультифакторіальну природу та необхідність вивчення конституціональних особливостей організму.

Проте, не дивлячись на значну кількість публікацій у цьому напрямку, питання зв’язку особливостей конституції людини (у тому числі антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників) з розвитком псоріазу залишаються практично не вивченими як в Україні, так і в усьому світі, що, без сумніву, потребує проведення подальших наукових розробок.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Тема дисертації затверджена Вченою радою медичних факультетів № 1та № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова МОЗ України (протокол №4 від 9 лютого 2006 року) і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова “Удосконалення діагностики, лікування, епідеміології і профілактики важких хронічних дерматозів та захворювань, що передаються статевим шляхом”(№ держреєстрації 0101U007600). Здобувачем самостійно виконано фрагмент роботи “Фенотипічні та генетичні маркери у хворих на псоріаз жителів Поділля”.

**Мета дослідження** – на підставі аналізу особливостей статевих, антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників у жителів Подільського регіону України, хворих на різні форми псоріазу, розробити прогностичні математичні моделі можливості їх виникнення для запобіжного застосування профілактичних заходів у групах підвищеного ризику розвитку захворювання.

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

1. Вивчити особливості антропометричних і соматотипологічних показників у чоловіків та жінок, хворих на псоріаз.

2. Встановити особливості показників пальцевої та долонної дерматогліфіки у чоловіків та жінок, хворих на псоріаз.

3. Розробити математичні моделі ризику виникнення псоріазу в залежності від фенотипічних та генетичних маркерів у чоловіків та жінок першого зрілого віку хворих на псоріаз.

Об’єкт дослідження – клінічний перебіг псоріазу у чоловіків та жінок першого зрілого віку.

Предмет дослідження – особливості антропометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників у чоловіків та жінок першого зрілого віку, хворих на різні форми псоріазу.

Методи дослідження – клінічні – для верифікації діагнозу псоріазу; антропометричні і соматотипологічні – для встановлення особливостей будови тіла (констатуючі ознаки) у хворих на різні форми псоріазу; дерматогліфічні – для встановлення особливостей пальцевої і долонної дерматогліфіки (прогностичні, 100 % генетично детерміновані, ознаки) у хворих на різні форми псоріазу; математичні – для статистичної обробки отриманих результатів та побудови моделей.

**Наукова новизна одержаних результатів.** В ході проведених досліджень вперше дана комплексна антропогенетична оцінка можливостей виникнення псоріазу у чоловіків та жінок першого зрілого віку – жителів Подільського регіону України.

Вперше встановлені особливості антропометричних і соматотипологічних показників і компонентного складу маси тіла у хворих на псоріаз чоловіків і жінок першого зрілого віку, які дозволили визначити “діатезні” конституціональні типи у хворих на псоріаз жителів Поділля.

Вперше доведено, що у хворих на псоріаз незалежно від його різновиду, більшість дерматогліфічних показників знаходиться в межах популяційної норми, а тип захворювання співвідноситься із порушенням пальцевих формул розподілу дуг і радіальних петель та переважанням правосторонньої або право-лівосторонньої локалізації відхилень ряду дерматогліфічних ознак.

Вперше у чоловіків і жінок Поділля визначені особливості кореляційних зв’язків антропогенетичних показників із захворюванням на псоріаз та доведений статевий диморфізм цих зв’язків.

**Практичне значення отриманих результатів.** Результати проведених досліджень дозволили вперше розробити дискримінантні моделі ризику виникнення псоріазу в залежності від фенотипічних та генетичних маркерів для формування в подальшому груп підвищеного ризику розвитку захворювання, що є основою для своєчасного застосування профілактичних заходів у чоловіків та жінок першого зрілого віку.

Для застосування результатів моделювання у практичній роботі лікарів розроблена комп’ютерна програма, де після введення відповідних даних автоматично вираховується можливість виникнення псоріазу. Метод простий і доступний у виконанні і може застосовуватися в різних умовах практичної дерматології.

Програма може використовуватися і для проведення масового скринінгу-дослідження осіб, які не вважаються хворими, для виявлення заздалегідь прихованого перебігу захворювання на псоріаз тощо. Запропонований підхід надає можливість створювати медичний електронний паспорт, де накопичується і систематизується вся соціально-медична інформація про людину, яка відображає стан її здоров'я. Дослідження дозволяє по - новому підійти до оцінки індивідуального та популяційного здоров’я.

Завдяки впровадженню розроблених моделей медична допомога стане якіснішою, ефективнішою, доступнішою та економічно обґрунтованішою, що є актуальним для медицини XXI століття.

Результати досліджень використовуються в лекційних курсах та в ході проведення практичних занять на кафедрі шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та кафедрі шкірних та венеричних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Крім того, отримані результати використовуються в практичній роботі Вінницького обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень дисертаційного дослідження. Здобувач самостійно провела обстеження чоловіків та жінок Подільського регіону України першого зрілого віку, хворих на різні форми псоріазу, з наступною статистичною обробкою отриманих результатів. Автором проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформульовано усі основні положення і висновки. Дисертантом самостійно підготовлені 4 статті у фахових виданнях. У роботах, опублікованих у співавторстві з науковим керівником та колегами, автору належать основні ідеї та розробки стосовно особливостей антропологічних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників у хворих на псоріаз чоловіків і жінок. Частина результатів, що стосуються особливостей антропогенетичних показників практично здорових чоловіків і жінок Поділля першого зрілого віку, були взяті з банку даних загальноуніверситетської тематики ВНМУ ім. М.І. Пирогова “Розробка нормативних критеріїв здоров’я різних вікових та статевих груп населення на основі вивчення анропогенетичних та фізіологічних характеристик організму з метою визначення маркерів мультифакторіальних захворювань”.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали доповідались на науково-практичній конференції “Актуальні питання медичної антропології та функціональної морфології” (Вінниця, 2005); науково-практичній конференції “Досягнення молодих вчених дерматовенерологів” (м. Київ, 2006); науково-практичній конференції ”Сучасний менеджмент в дерматовенерології: діагностичні, лікувальні та організаційно-правові аспекти” (м. Київ, 2007); на IV Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених “Молодь та перспективи” (Вінниця, 2007); на VI Міжнародному конгресі з інтегративної антропології (м. Вінниця, 2007); на V Міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених ”Молодь та медицина майбутнього“ (м. Вінниця, 2008).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 15наукових робіт, з них 8 статей – у фахових наукових журналах (4– самостійних), одержано один деклараційний патент України на корисну модель, один інформаційний лист № 68 та надруковано 5тез доповідей.

Структура та обсяг дисертації. **Дисертація викладена на 203 сторінках друкованого тексту та складається із вступу, огляду літератури, глави з описом методів дослідження, трьох глав із викладенням отриманих результатів, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота ілюстрована 39 таблицями, що займають 38** **сторінок машинопису, та 60 рисунками, які займають 31 сторінку машинопису. Бібліографія включає 170 робіт кирилицею та 55 публікацій латиницею.**

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали та методи дослідження.** Відповідно до мети та завдань дослідження на базі шкірно-мікологічного відділення Вузлової клінічної лікарні ст. “Вінниця” і обласного шкірно-венерологічного диспансеру були обстежені хворі на вульгарний псоріаз першого періоду зрілого віку (185 чоловіків у віці від 22 до 35 років та 164 жінки у віці від 21 до 35 років). В якості контролю були використані антропометричні і дерматогліфічні дані 207 практично здорових осіб (84 чоловіків та 123 жінок аналогічного віку) мешканців Подільського регіону України з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, у яких після попереднього психофізіологічного та психогігієнічного анкетування для визначення суб’єктивного стану здоров’я, було проведено детальне клініко-лабораторне дослідження, а саме ультразвукова діагностика серця, магістральних судин, щитоподібної залози, паренхіматозних органів черевної порожнини, нирок, сечового міхура, матки та яєчників; рентгенографія грудної клітини; спірографія; кардіографія; реовазографія; стоматологічне обстеження; визначення основних біохімічних показників крові та рівня гормонів щитоподібної залози і яєчників.

З метою практичної перевірки надійності розроблених моделей ризику виникнення псоріазу були додатково обстежені 36 чоловіків та 39 жінок, хворих на обмежений і поширений псоріаз, яким провели антропологічне та дерматогліфічне дослідження. Усі вони, відносно основної групи, були аналогічного віку та місця проживання.

Комісією з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол №2 від 21.11.2007р.) встановлено, що проведені дослідження в повній мірі відповідають етичним та морально-правовим вимогам відповідно до наказу МОЗ України №28 від 01.11.2000р.

Серед усіх пацієнтів до призначення лікування проводили аналіз скарг, збирання анамнезу захворювання, в тому числі алергологічного та анамнезу життя. Здійснювали ретельне загальне обстеження хворих, дослідження шкірних покривів і видимих слизових оболонок, периферичних лімфатичних вузлів, внутрішніх органів і систем. За показанням пацієнти були проконсультовані терапевтом, невропатологом, гастроентерологом, ендокринологом і гінекологом. Усім хворим при встановленні діагнозу і в ході подальшого спостереження проводили традиційне лабораторне обстеження, що включало у свою чергу загальний аналіз крові та сечі, стандартні реакції крові на сифіліс, дослідження калу на яйця глистів, а також антропометричне та дерматогліфічне обстеження.

Для клінічної оцінки важкості перебігу і площі псоріатичних уражень використали бальну систему – індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index. Frid-riksson-Petersson, 1978). 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 розраховували за відповідною формулою. Стан хворих оцінювали на момент початку лікування й кожні 2 тижні в процесі лікування. Зниження індексу PASI на 75 % і більше розглядалося як значне клінічне поліпшення, на 50 % і більше – як поліпшення, на 25 % і більше – як незначне поліпшення.

Спадковий фактор був виявлений у 73 хворих – 41 чоловіка і 32 жінок. Супутня патологія відмічалася у 6 хворих – у 4 чоловіків і 2 жінок. Сезонність виявлена у 107 випадках середчоловіків та у 49 випадках серед жінок. Більшість хворих мали чітко сформований тип псоріазу: зимовий – 94 хворих, осінній – 10, весняний – 19, весняно-осінній – 4, змішаний – 28, літній – 4 хворих. Шкідливі звички мали 67 пацієнтів, із них 56 чоловіків палили і 3 – зловживали алкоголем; 8 жінок палили. Характер роботи розподілявся наступним чином: у чоловіків фізичний – 35 випадків, розумовий – 23, змішаний – 37; у жінок фізичний – 6, розумовий – 27, змішаний – 26.

Поширений псоріаз був виявлений у 123 пацієнтів (76 чоловіків та 47 жінок), обмежений – у 33 (22 чоловіки та 11 жінки) пацієнтів. Тяжкі форми псоріазу спостерігались у 20 хворих, 12 чоловіків хворіло на артропатичний псоріаз, 2 чоловіки – на ерітродермію. Серед жінок лише у 6 осіб реєструвався артропатичний псоріаз. Псоріаз волосистої частини голови виявлено у 79 хворих (чоловіки – 51, жінки – 28). Отже, серед усіх форм захворювання превалювала інфільтративно-бляшкова (чоловіків – 48, жінок – 27) форма, далі йшли монетоподібна (15 чоловіків і 10 жінок), географічна (6 чоловіків та 4 жінки), краплевидна (10 чоловіків та 8 жінок), дифузна (10 чоловіків та 4 жінки), кільцеподібна (2 чоловіки та 4 жінки), ексудативна (2 чоловіки), дисемінована (2 чоловіки) форма. У чоловіків були виявлені наступні стадії захворювання: прогресуюча – у 60 чоловіків, стаціонарна – у 27 хворих, регресивна – у 6, ремісії – у 2 хворих; у жінок прогресуючу стадію виявлено – у 36, стаціонарну – у 17, регресивну – у 6, ремісії – у 2 осіб.

Антропометричне обстеження відповідно до схеми В.В.Бунака (1941) містило в собі визначення тотальних (довжини і маси тіла), парціальних (поздовжніх, обхватних, поперечних, передньо-задніх) розмірів і товщини шкірно-жирових складок. Для оцінки соматотипа використовувалась математична схема J.Carter i B.Heath (1990). Соматотип визначався оцінкою, що складається з трьох послідовних чисел. Кожне число (бал) являло собою оцінку одного з трьох первинних компонентів статури, якими відзначаються індивідуальні варіації форми і складу тіла людини. Перший ендоморфний (F) компонент – характеризує ступінь розвитку жирової тканини. Другий мезоморфний (M) компонент – визначає відносний розвиток м’язів і кісткових елементів тіла. Третій ектоморфний (L) компонент – визначає відносну витягнутість тіла людини і є сполучним між ендоморфною і мезоморфною характеристиками статури. Для визначення жирового, кісткового і м’язового компонентів маси тіла використовували спеціальні формули за J.Matiegka (1921).

Дерматогліфічне дослідження було виконане за методикою H.Cummins і Ch.Midlo (1961). Визначали наступні параметри: 1) *на пальцях кисті* – типи та частоту стрічання пальцевих візерунків на лівій і правій кисті (дуга, ульнарна петля, радіальна петля, завиток, центральна кишеня, латеральна кишенькова петля, подвоєна петля, випадковий візерунок) за якими вираховували дельтовий індекс; гребеневий рахунок на кожному пальці правої та лівої кисті (від дельти до центру візерунку), у випадку бездельтових візерунків (дуги) гребеневий рахунок дорівнював 0; сумарний гребеневий рахунок на п’яти пальцях кожної кисті; тотальний гребеневий рахунок на десяти пальцях обох кистей; 2) *на долонях* – величини кутів atd, ctd, atb, btc та dat; довжину лінії ct; міжпальцеві гребеневі рахунки a-b та b-c; наявність долонного трирадіусу кисті у зоні t (до 41° довжини долоні), t` (від 41 до 60° довжини долоні) та t`` (більше 60° довжини долоні); наявність завитка або петлі на тенарі або гіпотенарі долонь кистей; закінчення головних долонних ліній, за якими вираховували величину індексу головних долонних ліній (індекс Каммінса).

Cтатистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті “STATISTICA 5.5” (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М.І.Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за критерієм Стьюдента, при нормальному розподілі, в інших випадках – за допомогою U-критерія Мана-Уітні. Достовірність різниці значень між незалежними якісними величинами (більшість показників пальцьової і долонної дерматогліфіки) визначали за формулою E.Weber (1961). Для побудови моделей, які дозволяють краще передбачити, до якої сукупності (хворі на обмежений і поширений псоріаз або здорові) буде належати той чи інший індивід, в залежності від особливостей будови і розмірів тіла, або показників дерматогліфіки, застосовувався метод покрокового дискримінантного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При різноманітних патологічних процесах норма реакції генотипу чітко визначає межі клінічної варіабельності та патоморфозу проявів хвороб людини. Ця норма реакції на фенотипічному рівні реєструється по макроморфологічній підсистемі загальної конституції, її морфофенотипу (соматичному типу, соматотипу, типу будови тіла) (Никитюк Б.М., Корнетов Н.А., 1998; Мороз В.М., Гунас І.В., Сергета І.В., 2003). Тому визначення ознак фенотипу, які знаходяться в тісних причинно-наслідкових відношеннях з різними ланками патогенезу будь-якого мультифакторіального захворювання, має виключне значення для обґрунтування спадкової природи схильності або резистентності до псоріазу.

При порівнянні антропометричних, соматотипологічних показників і компонентів маси тіла *між здоровими і хворими* чоловіками та жінками встановлені наступні найбільш виражені відмінності:

- *у чоловіків, хворих на обмежений псоріаз* – достовірно менші значення усіх габаритних та практично усіх поздовжніх розмірів тіла, більшості обхватних розмірів верхніх і нижніх кінцівок та майже половини обхватів тулуба і як наслідок достовірно менші значення м’язової маси тіла та тенденція до менших значень кісткової маси тіла; достовірно більші значення товщини більшості підшкірно-жирових складок верхньої кінцівки та тулуба і як наслідок цього статистично значимо більші показники ендоморфного компоненту соматотипу та тенденція до більших значень жирової маси тіла;

- *у чоловіків, хворих на поширений псоріаз* – тенденція до менших значень довжини тіла і частини поздовжніх розмірів тіла; тенденція або достовірно більші значення ширини більшості дистальних епіфізів, і як наслідок тенденція до більших значень кісткової маси тіла; достовірно менші значення поперечних розмірів грудної клітки на фоні достовірно більшого значення сагітального розміру грудної клітки і більшості розмірів тазу; достовірно менші значення або тенденція до менших значень більшості обхватних розмірів верхніх і нижніх кінцівок на фоні достовірно більших значень товщини усіх підшкірно-жирових складок і як наслідок достовірно менші значення м’язової маси тіла та достовірно більші значення ендоморфного компоненту соматотипу і жирової маси тіла; привертають увагу достовірно менші значення обхвату плеча в напруженому стані на фоні достовірно більших значень даного показника у спокійному стані та тенденція до менших значень обхвату грудної клітки на вдиху на фоні достовірно більших значень даного показника на видиху;

- *у жінок, хворих на обмежений псоріаз* – серед габаритних розмірів лише тенденція до більших значень маси тіла, яка на фоні практично не зміненої довжини тіла призводить до достовірного зменшення ектоморфного компоненту соматотипу; достовірно більші значення або тенденція до більших значень ширини більшості дистальних епіфізів і як наслідок достовірно більші значення мезоморфного компоненту соматотипу та тенденція до більших значень кісткової маси тіла; достовірно більші значення практично усіх розмірів тазу на фоні достовірно менших значень сагітального розміру грудної клітки; достовірно більші або тенденція до більших значень більшості обхватів тулуба; а також достовірно більші значення усіх підшкірно-жирових складок і як наслідок достовірно більші значення ендоморфного компоненту соматотипу і жирової маси тіла;

- *у жінок, хворих на поширений псоріаз* – серед габаритних розмірів тенденції до більших значень маси тіла і менших значень довжини тіла, які призводять до достовірно менших значень ектоморфного компоненту соматотипу; достовірно більші значення ширини більшості дистальних епіфізів і як наслідок достовірно більші значення мезоморфного компоненту соматотипу (враховуючи тенденцію до зменшення довжини тіла) та кісткової маси тіла; достовірно більші значення або тенденція до більших значень більшості розмірів тазу на фоні достовірно менших значень сагітального розміру грудної клітки; достовірно більші значення або тенденція до більших значень більшості обхватів тулуба, та різнонаправлені зміни охватів верхніх кінцівок, у тому числі достовірно менші значення обхвату плеча в напруженому стані, що разом з тенденцією до менших значень довжини тіла призводить до зменшення м’язової маси тіла; достовірно більші значення товщини усіх підшкірно-жирових складок і як наслідок достовірно більші значення ендоморфного компоненту соматотипу та жирової маси тіла.

В ході аналізу *кореляційних зв’язків* антропометричних, соматотипологічних показників і компонентів маси тіла з захворюванням на псоріаз привертають увагу: *у чоловіків і жінок* – достовірні прямі, переважно середньої сили (від 0,31 до 0,54), зв’язки з практично усіма підшкірно-жировими складками і як наслідок з ендоморфним компонентом соматотипу і жировою масою тіла за Матейко; *у чоловіків* – достовірні зворотні слабкі (від -0,24 до -0,25) і середньої сили (r= 0,34 i -0,54) зв’язки третини обхватних розмірів тіла і як наслідок зворотний середньої сили (r=-0,34) зв'язок з м'язовою масою тіла за Матейко; *у жінок* – достовірні прямі слабкі (r=0,24 і 0,25) зв’язки з шириною дистального епіфізу плеча і стегна, а також достовірні переважно зворотні слабкі (від -0,21 до -0,25) зв’язки майже з третиною обхватних розмірів і як наслідок зворотний слабкий (r=-0,21) зв'язок з м'язовою масою тіла за Матейко.

У багатьох клініко-конституціональних дослідженнях щодо визначення особливостей виникнення і перебігу різних мультифакторіальних захворювань автори (Николаев В.Г. с соавт., 2002; Соколов В.В., Чаплыгина Е.В., 2002; Гунас І.В. з співавт, 2007; Bener A. V. et al., 1996, Tariq S.M. et al., 1998) доводять, що в рамках кожного конституціонального типу може бути визначений характерний профіль патогенезу цих захворювань, що, зрозуміло, має велике значення для їх прогнозування, профілактики і особливостей лікування. При цьому, у більшості досліджень, основною методологічною помилкою при розгляді різних конституціональних типів є відсутність чіткої різниці між нормальними і патологічними конституціями, через що крайні соматотипи часто розглядаються авторами як ”діатезні”, які мають схильність до різних захворювань. Проте “діатезні” соматотипи відносяться до патологічних конституцій; вони, на відміну від нормальних конституціональних типів, здатні реагувати у відповідь на різні ендо- і екзогенні впливи, які для нормальних конституціональних типів є байдужими (Корнетов Н.А., 2001).

Т.І. Антонець (2004) в своїх дослідженнях встановила характерні “діатезні” конституціональні типи у підлітків різної статі, хворих на різні типи алергічних ринітів. Проводячи аналогію, в наших дослідженнях у чоловіків і жінок, хворих на псоріаз, також реєструються ”діатезні“ конституціональні типи. А саме: *у хворих жінок* – на фоні практично не змінених поперечних розмірів верхньої частини тіла спостерігається достовірне зменшення сагітального розміру грудної клітки та збільшення поперечних розмірів тазу, а також на фоні майже не змінених обхватних розмірів кінцівок встановлено достовірне збільшення, або тенденція до збільшення, обхватних розмірів тулуба; *у хворих на обмежений псоріаз чоловіків* – на фоні тенденції зменшення поперечних розмірів грудної клітки спостерігається тенденція збільшення поперечних розмірів тазу, а також на фоні достовірного зростання товщини підшкірно-жирових складок верхніх кінцівок і тулуба практично не змінюється товщина підшкірно-жирових складок нижніх кінцівок; *у хворих на поширений псоріаз чоловіків* – на фоні достовірного зменшення поперечних розмірів верхньої частини тіла спостерігається достовірне збільшення сагітального розміру грудної клітки і поперечних розмірів тазу, а також на фоні достовірного зменшення, або тенденції до зменшення, обхватних розмірів кінцівок встановлені різнонаправлені тенденції змін обхватних розмірів тулуба. Необхідно відмітити, що в усіх групах хворих чоловіків і жінок вищенаведені зміни спостерігаються на фоні достовірного зростання ендоморфного компоненту соматотипу та жирової маси тіла.

На сьогодні сформоване уявлення про дерматогліфіку як надійного генетичного маркера, суть якого полягає в тому, що існує тісний зв’язок між генами, які визначають характер шкірних візерунків і генами, які визначають стан здоров’я (Гусєва І.С., Сорокіна Т.Т., 1998). В ряді досліджень (Ползик Є.В., Сидорович К.В., 1991; Гунас І.В. та ін., 2004, 2007) метод дерматогліфіки добре зарекомендував себе не лише з позиції виявлення схильності до захворювань, але й давав змогу прогнозувати характер перебігу хвороб та уточнювати причини їх виникнення, в зв’язку з чим розширювалися можливості практичної медицини по здійсненню заходів для зниження або контролю за розвитком захворювання і попередження його ускладнень. Цей метод вважається одним із найбільш доступних та інформативних для визначення спадкової схильності до виникнення патології шкіри (Pour-Jafari H., 2003).

За характером розподілу візерунків нами виявлені відхилення пальцевої формули розподілу *дуг в групі чоловіків*, хворих на обмежений псоріаз: у хворих чоловіків дуги відсутні на II пальці правої кисті, в той час як в контрольній групі вони зустрічаються з максимальною частотою (14,3 %), а на V пальці у хворих дуги реєструються в 4,2 % при їх відсутності в групі порівняння. Загальна формула розподілу дуг по пальцях у хворих на поширений псоріаз співпадає з популяційною; однак, на V пальці правої і III пальці лівої кистей дуги зустрічаються достовірно частіше. *Дуги у жінок*, як хворих на обмежений і поширений псоріаз, так і здорових, зустрічаються на усіх пальцях правої кисті. На лівій кисті дуги не зафіксовані у хворих на обмежений псоріаз на IV і V пальцях, а у хворих на поширений псоріаз – на V пальці лівої кисті при їх наявності у здорових. В зв’язку із цим, а також із достовірно збільшеною (в 7 разів) частотою дуг на V пальці правої кисті відбувається порушення формули розподілу дугових візерунків для правої кисті в групі хворих на обмежений псоріаз жінок. Достовірних відмінностей за розподілом і частотою дуг у жінок, хворих на поширений псоріаз, не виявлено.

У хворих на обмежений псоріаз жінок дуги зустрічаються в 3 рази частіше порівняно із чоловіками. Вказана закономірність характерна для обох кистей. У вигляді тенденції максимальні статеві відмінності у частоті дуг виявляються на I пальці обох кистей, на II і V пальцях правої кисті та III пальці лівої кисті, де їх частота у жінок, хворих на обмежений псоріаз, більша. Достовірної статевої відмінності частота дуг досягає на I пальці лівої кисті. У хворих на поширений псоріаз *статеві відмінності* за частотою дуг нівелюються і зберігаються лише для I пальця правої кисті, де вони достовірно переважають у жінок.

У здорових *чоловіків* Подільського регіону *радіальні петлі* не зустрілись на I, IV і V пальцях обох кистей, що відповідає літературним даним (Werteleski W., 1993). В той же час у хворих чоловіків радіальні петлі зустрічаються достовірно частіше на усіх пальцях правої (за виключенням вказівного) та на великому пальці лівої кистей в обох групах. Окрім того, у хворих на поширений псоріаз чоловіків на лівій кисті вони зустрічаються ще й на IV і V пальцях. У зв’язку з тим, що на V пальці правої кисті радіальні петлі зустрічаються з такою ж частотою, як і на II та III, а на V і I пальцях лівої кисті – з такою ж частотою як на II пальцях у хворих на поширений псоріаз загальна формула розподілу радіальних петель по пальцях зазнає певного відхилення. Розподіл радіальних петель у чоловіків, хворих на обмежений псоріаз не порушується і відповідає такому як у здорових чоловіків, так і відомим літературним даним. *Радіальні петлі* в контрольній групі *жінок* зустрічаються на II, III і IV пальцях і відсутні на I і V пальцях. В групі хворих на обмежений псоріаз жінок на правій кисті вони локалізуються лише на II пальці (що відповідає нормі), а на лівій – на всіх пальцях з достовірним переважанням на I, IV і V пальцях. В групі жінок, хворих на поширений псоріаз, радіальні петлі зустрічаються на обох кистях з достовірним переважанням на I і V пальцях.

Середня частота радіальних петель на правій кисті чоловіків, хворих на обмежений псоріаз, в 4 рази більша, ніж у жінок. На правій кисті радіальні петлі у вигляді тенденції переважають у чоловіків на усіх пальцях, а на лівій – у жінок на усіх пальцях за виключенням вказівного. У хворих на поширений псоріаз *статеві відмінності* за частотою радіальних петель характерні лише для правої кисті з їх достовірно більшою частотою на III пальці у чоловіків. На лівій кисті статеві відмінності для даного візерунку не проявляються (за виключенням вказівного, де зберігається подібна тенденція), що є відхиленням від популяційної закономірності.

Пальцеві формули розподілу *однодельтових візерунків*, встановлені для обох груп хворих чоловіків, співпадають із такими у здорових чоловіків, а також добре узгоджуються із даними літератури щодо популяційного розподілу ульнарних петель. В межах однодельтових візерунків відмічаються локальні відхилення, а саме достовірно зменшується частота ульнарних петель на V пальці правої кисті в обох групах. Це зменшення не позначилось на середній частоті однодельтових візерунків, оскільки було компенсоване достовірним збільшенням таких специфічних візерунків, як латеральні кишенькові петлі на I пальці правої і випадкові візерунки на IV пальці правої та на I пальці лівої кистей (в групі хворих на обмежений псоріаз). Достовірних відмінностей між групами хворих і здорових жінок за топографією і середньою частотою однодельтових та *дводельтових візерунків* не виявлено. Виражених відмінностей по пальцевим формулам розподілу візерунків і частоті окремих дводельтових візерунків у хворих чоловіків не встановлено. Можна відмітити лише тенденцію до їх зменшення, що найвиразніше проявляється на I пальці обох кистей та на III пальці лівої кисті в групі хворих на поширений псоріаз. Привертає увагу достовірне в межах дводельтових візерунків збільшення подвійних петель на II пальці правої кисті, а в межах однодельтових – достовірне зменшення ульнарних петель і збільшення випадкових візерунків на V пальці лівої кисті у жінок, хворих на обмежений псоріаз. У жінок, хворих на поширений псоріаз, в межах дводельтових візерунків достовірно зменшується частота завитків на IV пальці правої і частота центральних кишень на V пальці правої кисті.

У хворих на обмежений псоріаз *статевий диморфізм* локально проявляється для випадкових візерунків, частота яких у жінок більша (I палець правої і V палець лівої), а також – для ульнарних петель, частота яких у чоловіків більша на V пальці лівої кисті. У хворих на поширений псоріаз статевий диморфізм локально проявляється для ульнарних петель, частота яких достовірно більша у жінок на I пальці лівої та V пальці обох кистей. Частота завитків у чоловіків більша на IV пальці правої кисті.

*Дельтовий індекс*, що виражає сумарну інтенсивність візерунків у хворих на обмежений і поширений псоріаз, знаходиться в межах популяційної норми. Даний факт логічно пов’язаний із результатами вищевикладеного аналізу частоти реєстрації різних типів візерунків і їх гребінцевого рахунку.

*Хід головних долонних ліній* у хворих на обмежений і поширений псоріаз не зазнав варіацій, що проявилось стабільністю індекса Каммінса. Сума закінчень ліній А і D варіює від 9,63±1,95 (у здорових чоловіків) до 9,42±2,04 і 9,46±1,8 (у хворих) на правій кисті; на лівій від 8,20±1,63 до 8,61±1,34 і 8,46±1,71 відповідно. У жінок на правій кисті – від 9,04±1,88 до 9,50±1,73 і 9,09±1,9; на лівій – від 8,29±2,14 і до 8,83±2,04 і 8,33±1,9.

Аналіз результатів дослідження *долонних кутів* показав, що відхилення, які виявляються у хворих на псоріаз, у чоловіків локалізовані на лівій кисті, у жінок – як на лівій, так і на правій. У хворих на поширений псоріаз чоловіків достовірно зменшений кут atd, у хворих на обмежений псоріаз – кути ctd і dat. У хворих на поширений псоріаз жінок виявляється достовірно менші кути ctd на правій кисті і atb на лівій кисті, у хворих на обмежений псоріаз – менші кути atd і ctd на правій кисті і кут atb на лівій кисті.

*Міжпальцевий гребінцевий рахунок* ab є достовірно більшим тільки у хворих на поширений псоріаз чоловіків і лише на правій кисті порівняно із даним показником в групах здорових і хворих на обмежений псоріаз, оскільки серед останніх він знаходиться в межах норми. У хворих жінок він відповідає контрольним значенням. Міжпальцевий гребінцевий рахунок bc зазнає відхилень у хворих чоловіків і жінок. У хворих на поширений псоріаз чоловіків і жінок він більший порівняно із здоровими на обох кистях. У хворих на обмежений псоріаз жінок він більший порівняно із здоровими на лівій кисті. Міжпальцевий гребінцевий рахунок cd не змінюється на правій кисті у представників обох статей, а у жінок, хворих на поширений псоріаз, порівняно із здоровими і хворими на обмежений псоріаз, він є збільшеним на лівій кисті.

*Довжина лінії* ct, що з’єднує міжпальцевий трирадіус с з вісьовим трирадіусом t, у хворих обох статей не змінена. Довжина лінії ad у хворих чоловіків обох груп достовірно менша порівняно із контрольними значеннями на обох кистях.

*Вісьовий карпальний трирадіус* ∆t у хворих на поширений псоріаз незалежно від статі зустрічається з достовірно більшою частотою як на правій, так і на лівій кисті. Проміжний вісьовий трирадіус ∆t′ у хворих на поширений псоріаз незалежно від статі зустрічається з меншою частотою на лівій кисті. У хворих на обмежений псоріаз зазначаються відхилення у частоті вісьових трирадіусів лише у жінок: в сторону збільшення карпального на обох кистях і зменшення проміжного на правій кисті.

Під час аналізу *кореляційних зв’язків* показників пальцевої і долонної дерматогліфіки з захворюванням на псоріаз *і у чоловіків, і у жінок* привертають на себе увагу лише достовірні прямі слабкі (від 0,23 до 0,29) кореляції з гребінцевим рахунком лінії b-c на правій кисті і наявністю вісьового трирадіусу в зоні ∆t’ на лівій кисті, а також зворотні переважно слабкі (від -0,22 до -0,28) і середньої сили (r=-0,35) зв’язки з наявністю вісьового трирадіусу в зоні ∆t на правій і лівій кисті.

Підводячи підсумки дерматогліфічних досліджень хворих на псоріаз, слід зазначити, що незалежно від його різновиду, ряд показників знаходиться в межах популяційної норми, а саме: хід головних долонних ліній, інтенсивність візерунків, гребінцеві рахунки (тотальні та сумарні, а також локальні для більшості пальців), співвідношення ємності та інтенсивності візерунків, міжпальцеві гребінцеві рахунки cd правої і ab лівої кистей, а також міждельтова лінія ct. Тип захворювання співвідноситься із порушенням пальцевих формул розподілу дуг і радіальних петель та переважанням правосторонньої або право-лівосторонньої локалізації відхилень ряду дерматогліфічних ознак.

**Встановлено, що *при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників* дискримінантна функція загалом, охоплює 89,3 % випадків. Дискримінантними змінними є обхват плеча в напруженому і спокійному стані, товщина шкірно-жирової складки на передній поверхні плеча, висота плечової точки, міжгребенева відстань та довжина тіла. В цілому сукупність усіх змінних має високо значиму (*статистика Уілкса лямбда = 0,069*; F = 75,97; р<0,001) дискримінацію між здоровими і хворими на обмежений і поширений псоріаз чоловіками. При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками, а між хворими на обмежений і поширений псоріаз чоловіками виникають деякі сумніви, оскільки величина константи класифікаційних дискримінантних функцій відрізняється не суттєво, а критерій χ2 не високий.**

**При урахуванні *антропометричних і соматотипологічних показників* у *жінок* дискримінантна функція загалом охоплює 93,1 % випадків. Дискримінантними змінними є товщина шкірно-жирової складки на передпліччі, обхват плеча в напруженому і спокійному стані, обхват грудної клітки на видиху, обхват стегна і поперечний середньогруднинний розмір. В цілому сукупність усіх змінних має високо значиму (*статистика Уілкса лямбда = 0,131*; F = 46,66; р<0,001) дискримінацію між здоровими і хворими на обмежений і поширений псоріаз жінками. При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації лише між здоровими і хворими на псоріаз жінками.**

**При урахуванні *показників пальцевої і долонної дерматогліфіки* у *чоловіків* дискримінантна функція загалом охоплює 66,9 % випадків. Дискримінантними змінними є наявність вісьового трирадіусу** ∆**t` на лівої і правій кисті (зона від 41 до 60° довжини долоні), гребінцевий рахунок лінії аb на правій і лівій кисті, довжина лінії ad правої кисті, гребінцевий рахунок лінії bс на правій кисті, величина кута dat на лівій кисті та наявність вісьового трирадіусу** ∆**t`` на правій кисті (зона більше 60° довжини долоні). Сукупність усіх змінних має середньо значиму (*статистика Уілкса лямбда = 0,568*; F = 6,85; р<0,001) дискримінацію між здоровими і хворими на обмежений і поширений псоріаз чоловіками. При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації як між здоровими і хворими на псоріаз чоловіками, так і безпосередньо між хворими на обмежений і поширений псоріаз чоловіками при урахуванні дерматогліфічних показників.**

**При урахуванні показників *пальцевої і долонної дерматогліфіки* у *жінок* дискримінантна функція загалом охоплює 73,9 % випадків. Дискримінантними змінними є наявність вісьового трирадіусу** ∆**t на лівій кисті (до 41° довжини долоні), індекс Каммінса на лівій кисті, пальцевий гребінцевий рахунок п’ятого пальця лівої кисті, гребінцевий рахунок лінії bc лівої кисті, тип візерунку на другому пальці лівої кисті, довжина лінії ct лівої кисті, гребінцевий рахунок лінії аb лівої кисті та величина кута atb на лівій кисті. Сукупність усіх змінних має середньо значиму (*статистика Уілкса лямбда = 0,445*; F = 6,23; р<0,001) дискримінацію між здоровими і хворими псоріаз жінками. При визначенні значимості усіх дискримінантних функцій за допомогою критерію χ2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації, як між здоровими і хворими на псоріаз жінками, так і безпосередньо між хворими на обмежений і поширений псоріаз жінками при урахуванні дерматогліфічних показників.**

На основі створених моделей розроблена комп’ютерна програма, підчас використання якої після введення антропометричних або дерматогліфічних даних пацієнта автоматично вираховується можливість виникнення псоріазу, що робить метод простим і доступним у виконанні в умовах практичної дерматології.

**Підводячи підсумки отриманих результатів з урахуванням апріорної практичної перевірки роботи статистичних моделей, можна стверджувати, що розроблені нами дискримінантні моделі виникнення псоріазу в залежності від особливостей будови тіла є адекватними і можуть використовуватися для раннього прогнозування ступеня ризику виникнення цих захворювань, однак вони не дають можливості передбачити форму (обмеженого або поширеного) псоріазу. Моделі виникнення псоріазу в залежності від особливостей дерматогліфічних показників є менш адекватними, проте, на відміну від попередніх моделей, вони у більшості випадків дозволяють передбачити форму псоріазу.**

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі за допомогою порівняльного аналізу антропометричних, соматотипологічних, дерматогліфічних показників і компонентного складу маси тіла здорових та хворих на обмежений і поширений псоріаз чоловіків і жінок Поділля розкриті констатуючі та прогностичні фактори виникнення даного захворювання, з урахуванням яких розроблені дискримінантні моделі ризику виникнення псоріазу, що є необхідним для їх своєчасної профілактики та лікування.

1. У хворих на обмежений і поширений псоріаз чоловіків і жінок встановлені “*діатезні*” конституційні типи. Так, *у хворих жінок* на фоні практично не змінених поперечних розмірів верхньої частини тіла встановлено зменшення сагітального розміру грудної клітки та збільшення поперечних розмірів тазу, а також на фоні майже не змінених обхватних розмірів кінцівок – збільшення обхватних розмірів тулуба. У *хворих на обмежений псоріаз чоловіків* – на фоні зменшення поперечних розмірів грудної клітки встановлено збільшення поперечних розмірів тазу, а також на фоні зростання товщини підшкірно-жирових складок верхніх кінцівок і тулуба практично не змінюється товщина складок нижніх кінцівок; *у хворих на поширений псоріаз чоловіків* – на фоні зменшення поперечних розмірів верхньої частини тіла встановлено збільшення сагітального розміру грудної клітки і поперечних розмірів тазу, а також на фоні зменшення обхватних розмірів кінцівок встановлені різнонаправлені зміни обхватних розмірів тулуба.

2. Порівняно із здоровими, в усіх групах хворих чоловіків і жінок встановлено достовірне зростання ендоморфного компоненту соматотипу та жирової маси тіла. Однак, у хворих жінок паралельно спостерігається достовірне збільшення мезоморфного компоненту соматотипу і кісткової маси тіла, а у хворих чоловіків – навпаки достовірне зменшення м’язової маси тіла та тенденція до зменшення кісткової маси тіла.

3. Відсутність *дуг* у чоловіків на вказівному пальці і їх переважне заміщення подвійними петлями у жінок, а також наявність дуг на V пальці при високій частоті радіальних петель на усіх (окрім II) пальцях правої кисті у чоловіків і лівої (окрім II і III пальців) у жінок, що супроводжується відсутністю статевого диморфізму у величині гребінцевих рахунків (за виключенням I пальця) *маркує схильність до* *обмеженого псоріазу*. Пальмоскопічними маркерами обмеженого псоріазу є зменшення від популяційних значень величин *долонних кутів* ctd і dat у чоловіків на лівій кисті та ctd і atd на правій кисті і atb на лівій кисті у жінок, поєднаних з наявністю візерунків в третьому міжпальцьовому проміжку обох кистей і на тенарі у чоловіків, а також в другому міжпальцьовому проміжку правої кисті у жінок.

4. Висока частота *радіальних петель* на I і V пальцях обох кистей, поєднаних із переважанням дугових візерунків на V пальці правої та на ІІІ пальці лівої кистей при низькій частоті ульнарних петель на V пальці правої кисті у чоловіків, а також висока частота центральних кишень на V пальці правої кисті у жінок, асоційовані з нівелюванням статевого диморфізму у величині гребінцевих рахунків (окрім V пальця правої кисті) *є маркером схильності до* *розповсюдженого псоріазу*. Пальмоскопічними маркерами розповсюдженого псоріазу є зменшення від популяційних значень величини *долонних кутів* atd на лівій кисті у чоловіків та ctd на правій і atb на лівій кистях у жінок, поєднаних з наявністю візерунків в третьому міжпальцьовому проміжку обох кистей і в четвертому правої кисті у чоловіків, а також в четвертому міжпальцьовому проміжку лівої кисті у жінок.

5. Розроблені дискримінантні математичні моделі на основі фенотипічних ознак чоловіків і жінок зрілого віку дозволяють з високою достовірністю прогнозувати імовірність захворювання на псоріаз у даної категорії осіб (коректність моделі: у чоловіків – 89,3 %, у жінок – 93,1 %). До складу моделей найбільш часто входили: у чоловіків – охватні (33,3 %) і повздовжні (33,3 %) розміри тіла; у жінок – обхватні розміри тіла (66,6 %). Найбільший внесок у дискримінацію, як у чоловіків, так і у жінок дають обхвати плеча в напруженому і спокійному станах.

6. Розроблені дискримінантні математичні моделі на основі показників пальцьової і долонної дерматогліфіки дозволяють прогнозувати імовірність захворювання на псоріаз з коректністю 66,9 % для чоловіків та 73,9 % жінок. На відміну від антропометричних моделей дерматогліфічні моделі дають можливість прогнозування виникнення обмеженої або поширеної форми псоріазу. До складу моделей найбільш часто входили: у чоловіків – наявність вісьового трирадіуса (37,5 %) і показники гребінцевих рахунків долонних ліній (37,5 %); у жінок – гребінцеві рахунки долонних ліній (25,0 %). Найбільший внесок у дискримінацію вносять: у чоловіків – довжина лінії ad на правій кисті та наявність вісьового трирадіуса t’ на лівій кисті; у жінок – наявність вісьового трирадіуса t та індекс Каммінса на лівій кисті.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. За допомогою розроблених дискримінантних моделей ризику виникнення псоріазу в залежності від фенотипічних та генетичних маркерів, можна адекватно формувати в шкірно-венерологічних диспансерах групи підвищеного ризику розвитку захворювання для проведення профілактичних заходів у чоловіків та жінок першого зрілого віку, спрямовлених на попередження розвитку дерматозу.

2. При формуванні груп ризику доцільно використовувати розроблену комп’ютерну програму, яка автоматично вираховує можливість виникнення псоріазу після введення відповідних даних.

3 Комп’ютерну програму рекомендовано використовувати в практичній роботі амбулаторно – поліклінічних та спеціалізованих обласних шкірно-венерологічних диспансерів.

4. З метою оцінки індивідуального і популяційного здоров’я рекомендовано використовувати комп’ютерну програму для масового скринінгу (дослідження осіб, які не вважаються хворими) для виявлення заздалегідь прихованого перебігу захворювання на псоріаз та занесення даних в медичний електронний паспорт.

**Список праць, опублікованих за темою дисертації**

1. Дмитренко С.В., Коляденко В.Г. Деякі антропогенетичні аспекти псоріазу//Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – №3. – 9-10. (Автор провів клінічне обстеження і відбір хворих, статистичну обробку матеріалу, аналіз результатів дослідження).

2. Дмитренко С.В. Особливості перебігу псоріазу на Вінниччині // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – №2. – С. 15-18.

3. Дмитренко С.В. Математичне моделювання ризику виникнення псоріазу в залежності від статі, особливості будови тіла // Вісник морфології. – 2007. – Т.13, №2. – С. 366-370.

4. Дмитренко С.В., Клімас Л.А. Долонна дерматогліфіка при різних формах псоріазу // Biomedical and Biosocial Antropology. – 2008. – №10. – С. 179-181. (Здобувачем особисто зібраний матеріал, проведена його статистична обробка та узагальнення отриманих результатів).

5. Клімас Л.А., Дмитренко С.В. Пальцева дерматогліфіка при різних формах псоріазу // Світ медицини та біології. – 2008. – №1. – С. 59-64.(Автор проводив відбір хворих,статистичну обробку матеріалу,інтерпретацію результатів дослідження, формулювання висновків).

6. Дмитренко С.В. Показники дерматогліфіки як маркери для побудови математичних моделей ризику виникнення псоріазу // –2008.– №1(28). – С.12-16.

7. Дмитренко С.В. Особливості будови тіла мешканців Поділля, хворих на різні форми псоріазу // Вісник Вінницького національного медичного університету. –2008. – Т.1, №12. – С. 75-79.

8. Коляденко В.Г., Дмитренко С.В. Кореляційні зв’язки антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників з захворюванням на псоріаз **//** Вісник морфології – 2008. – Т. 1, № 14. – С. 66-69. (Автор забезпечив відбір хворих, статистичну обробку матеріалу, аналіз результатів, формулювання висновків).

9. Деклараційний патент на корисну модель №25251 (Спосіб прогнозування ризику виникнення та особливостей псоріазу в залежності від статі, антропометричних та соматотипологічних показників у чоловіків та жінок першого зрілого віку) Дмитренко С.В., Коляденко В.Г., Гунас І.В., Дмітрієв М.О. – Заявлено 26.06.2007; Опубл. 25.07.2007 // Бюл. №11. – С. 1-4. (Здобувачем особисто зібраний матеріал, проведена його статистична обробка та описання отриманих результатів, підготовлено матеріал до друку).

10. Інформаційний лист№ 68 – 2008. (Дискримінантний метод оцінки ризику виникнення псоріазу в залежності від статі, антропометричних та соматотипологічних показників у чоловіків та жінок першого зрілого віку) Коляденко В.Г., Дмитренко С.В., Гунас І.В. – Опубл. 22.04.2008 // Протокол №1 від 15.02.2008р.(Автор брав участь в аналізі результатів дослідження, літературному оформленні інформаційного листа).

11. Дмитренко С.В. Прогнозування ризику розвитку псоріазу за допомогою конституціональних особливостей людини // Матеріали IV Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених “Молодь та перспективи сучасної медичної науки” – Вінниця, 2007. – С. 117-118.

12. Дмитренко С.В. Особливості перебігу псоріазу у чоловіків та жінок першого зрілого віку **//** Матеріали науково-практичної конференції “Сучасний менеджмент в дерматовенерології: діагностичні, лікувальні та організаційно-правові аспекти”. – Київ, 2007. – С. 41-43.

13. Дмитренко С.В. Використання конституціональних особливостей людини для діагностики та прогнозування псоріазу **//** Матеріали науково-практичної конференції “Досягнення молодих вчених дерматовенерологів” . – Київ, 2006. – С.37-39.

14. Псюк С.К., Дмитренко С.В., Мазорчук С.Г., Бондар С.А., Гармаш Л.Л., Закорченна Н.І., Пархоменко І.Л. Особливості будови тіла мешканців Поділля, хворих на різні форми псоріазу **//** Матеріали науково-практичної конференції “Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки” – Київ, 2008. – С.73-75. (Автор брав участь в аналізі результатів дослідження, літературному оформленні тез).

15. Дмитренко С.В. Кореляційні зв’язки показників пальцьової і долонної дерматогліфіки з захворюванням на псоріаз **//** Матеріали науково-практичної конференції “Захворювання шкіри обличчя, волосистої частини голови та дерматози, асоційовані з ураженням слизової оболонки”. – Київ, 2008. – С.73-75.

**Анотація**

**Дмитренко С.В. Фенотипічні та генетичні маркери у хворих на псоріаз жителів Поділля.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2008.

Дисертація присвячена вивченню особливостей статевих, антропометричних, соматотипологічних та дерматогліфічних показників у чоловіків та жінок Поділля першого зрілого віку хворих на псоріаз.

Автором вперше дана комплексна антропогенетична оцінка можливостей виникнення псоріазу у чоловіків та жінок першого зрілого віку, жителів Подільського регіону України. Встановлені особливості антропометричних, соматотипологічних показників і компонентного складу маси тіла у хворих на псоріаз чоловіків і жінок першого зрілого віку, які дозволили визначити “діатезні” конституціональні типи у хворих на псоріаз жителів Поділля. Доведено, що у хворих на псоріаз незалежно від його різновиду, більшість дерматогліфічних показників знаходиться в межах популяційної норми, а форма захворювання співвідноситься із порушенням пальцевих формул розподілу дуг і радіальних петель та переважанням правосторонньої або право-лівосторонньої локалізації відхилень ряду дерматогліфічних ознак. На підставі проведених антропогенетичних досліджень вперше розроблені дискримінантні моделі ризику виникнення псоріазу в залежності від фенотипічних та генетичних маркерів для формування в подальшому груп підвищеного ризику розвитку захворювання, що є основою для своєчасного застосування профілактичних заходів у чоловіків та жінок першого зрілого віку.

**Ключові слова**: псоріаз, антропометрія, соматотип, дерматогліфіка, чоловіки і жінки першого зрілого віку.

**Аннотация**

**Дмитренко С.В.** **Фенотипические и генетические маркеры у больных псориазом жителей Подолья. -** Рукопись**.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20 - кожные и венерические болезни. – Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца МОЗ Украины, Киев, 2008.

Диссертация посвящена изучению особенностей половых, антропо-метрических, соматотипологических и дерматоглифических показателей у мужчин и женщин Подолья первого зрелого возраста больных псориазом.

Автором впервые дана комплексная антропогенетическая оценка возможностей возникновения псориаза у мужчин и женщин первого зрелого возраста, жителей Подольского региона Украины.

Установлены особенности антропометрических, соматотипологических показателей и компонентного состава массы тела у больных псориазом мужчин и женщин первого зрелого возраста, которые позволили определить “диатезные” конституциональные типы у больных псориазом жителей Подолья. Так, у больных женщин на фоне практически неизмененных поперечных размеров верхней части тела установлено уменьшение сагитального размера грудной клетки и увеличение поперечных размеров таза, а также на фоне практически неизмененных охватных размеров конечностей – увеличение охватных размеров туловища. У мужчин, больных ограниченным псориазом, на фоне уменьшения поперечных размеров грудной клетки установлено увеличение поперечных размеров таза, а также на фоне увеличения толщины подкожно-жировых складок верхних конечностей и туловища практически не изменяется толщина складок на нижних конечностях; у мужчин, больных распространенным псориазом, на фоне уменьшения поперечных размеров верхней части тела установлено увеличение сагитального размера грудной клетки и поперечных размеров таза, а также на фоне уменьшения охватных размеров конечностей установлены разнонаправленные изменения охватных размеров туловища.

Установлено, что у больных псориазом мужчин и женщин достоверно увеличивается эндоморфный компонент соматотипа и жировая масса тела. Однако, у больных женщин параллельно отмечается достоверное увеличение мезоморфного компонента соматотипа и костной массы тела, а у больных мужчин, наоборот, отмечается достоверное уменьшение мышечной массы тела и тенденция к уменьшения костной массы тела.

Доказано, что у больных псориазом независимо от его разновидности, большинство дерматоглифических показателей находятся в пределах популяционной нормы, а форма заболевания соотносится с нарушением пальцевых формул распределения дуг и радиальных петель и преобладанием правосторонней либо право-левосторонней локализации отклонений ряда дерматоглифических признаков.

Определены особенности корреляционных связей антропогенетических показателей с заболеванием псориазом и доказан половой диморфизм этих связей.

**Впервые, разработанные на основе проведенных антропогенетических исследований дискриминантные модели риска возникновения псориаза, дали возможность использовать их для формирования в дальнейшем групп повышенного риска развития заболевания, что является основой для своевременного внедрения в практику профилактических мероприятий у мужчин и женщин первого зрелого возраста. Доказано, что дискриминантные модели возникновения псориаза в зависимости от особенностей строения тела более адекватны чем дерматоглифические модели, однако они не дают возможности определить форму псориаза. Дискриминантные модели возникновения псориаза в зависимости от особенностей пальцевой и ладонной дерматоглифики менее адекватны, однако в большинстве случаев позволяют определить форму псориаза.**

**Ключевые слова**: псориаз, антропометрия, соматотип, дерматоглифика, мужчины и женщины первого зрелого возраста.

**ANNOTATION**

**Dmitrenko S.V. The Fenotipichni and genetic markers for patients with psoriasis of habitants of Podillia. Manuscript.**

Dissertation on the receipt of scientific degree of candidate of medical sciences by speciality 14.01.20 – skin and venereal illnesses. – National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2008.

Dissertation is devoted the study of features sexual, anthropometric, somatotypical, and dermatoglyphical indexes for men and women of Podillya of the first mature age of patients with psoriasis.

An author is first give the complex anthropogenetic estimation of possibilities of origin of vulgar psoriasis for men and women of the first mature age, habitants of the Podolian region of Ukraine. Set, somatotypical indexes and component composition of mass of body for patients with psoriasis of men and women of the first mature age, which allowed to define features anthropometric “diathesis” constitutional types for patients with psoriasis of habitants of Podillya. It is proved that in patients with psoriasis regardless of his variety, most dermatoglyphical indexes is within the limits of populous norm, and the form of disease is correlated with violation of finger formulas of division of arcs and radial loops and predominance of right-side or right-left-side localization of rejections of row of dermatoglyphical signs. On the basis of the conducted anthropogenetic researches the discriminating models of risk of origin of psoriasis are first developed depending on fenotipic and genetic markers for forming in future of groups of the promoted risk of development of disease which is basis for timely application of prophylactic measures for men and women of the first mature age.

**Key words:** psoriasis, anthropometry, somatotypology, dermatoglyphics, men and women of the first mature age.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

ДМИТРЕНКО СВІТЛАНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК: 616-071.3:616.517:613.99:616-055.1

**ФЕНОТИПІЧНІ ТА ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ У ХВОРИХ**

**НА ПСОРІАЗ ЖИТЕЛІВ ПОДІЛЛЯ**

**14.01.20 – шкірні та венеричні хвороби**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Київ – 2008**

### Дисертацією є рукопис

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

**Науковий керівник:** Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Коляденко Володимир Григорович,** Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб з курсом проблем СНІДу.

**Офіційні опоненти:**

– доктор медичних наук, професор **Черкасов Віктор Гаврилович**, завідувач кафедри нормальної анатомії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

– кандидат медичних наук, доцент **Шупенько Микола Михайлович**, завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Медичного інституту Української асоціації народної медицини.

Захист дисертації відбудеться “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 року о \_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.02 при Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця МОЗ України (01023, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1, Центральна міська клінічна лікарня, корпус 2, аудиторія кафедри шкірних та венеричних хвороб).

##### *З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України (01057, м. Київ, вул. Зоологічна, 3).*

Автореферат розісланий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 року.

**Вчений секретар**

**спеціалізованої вченої ради**

**доктор медичних наук,**

**професор С.Г. Свирид**

**Підписано до друку 01.08.08 р. Замовл. № 47/ К-8**

**Формат 60х90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.**

**Тираж 150 примірників.**

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

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>