

Атопический марш взаимосвязан с развитием поллинозов, так как оба состояния отражают аллергические реакции на внешние раздражители. Процесс обычно инициируется АтД в неонатальном периоде, который способен прогрессировать до аллергического ринита и, в конечном итоге, до бронхиальной астмы. Данная фенотипическая смена обуславливается общими иммуно-патофизиологическими механизмами. Таким образом, атопический марш отражает общий паттерн эволюции аллергических реакций, где ранние кожные проявления могут перерасти в более серьезные респираторные симптомы, включая поллиноз.

### **Выводы**

1. Подъем заболеваемости поллиноза у детей с бронхиальной астмой наблюдался в возрастной группе 7–12 лет (64 случая, 50,4%). Основными пыльцевыми аллергенами являлись пыльца березы и смесь трав (45%) в первой группе, пыльца тополя (29,7%) во второй и пыльца полыни (23,3%) в третьей группе.

2. В возрастной группе 36 лет преобладающим проявлением атопического марша является атопический дерматит (58%), тогда как у пациентов 7–12 лет и 13–17 лет чаще диагностируется аллергический ринит (42,9% и 49,7% соответственно).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Ненартович, И. А.* Эпигенетика бронхиальной астмы: обзор литературы / И. А. Ненартович // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2017. – С. 7–14.
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma management and prevention, revised 2024 [web]. – 149 p. – URL: <http://www.ginasthma.com>. (дата обращения 17.06.2015).
3. *Файзуллина, Р. М.* Особенности клинико-anamnestических данных и роль сенсibilизации к респираторным аллергенам у детей с атопической бронхиальной астмой / Р. М. Файзуллина // Вестник Авиценны. – 2023. – Т. 25, № 1. – С. 129–139.
4. *Xie, Z. J.* Advances in the clinical and mechanism research of pollen induced seasonal allergic asthma / Z. J. Xie, K. Guan, J. Yin // Am. J. Clin. Exp. Immunol. – 2019. – Vol. 8. № 1. – P. 1–8.
5. *Садовничая, Л. Т.* Амброзийный поллиноз у детей // Автореф. Дис. докт. мед. наук. – Ставрополь, 2002. – 48 с.

**УДК 616.1-07-037-053.2**

**А. А. Лытко<sup>1</sup>, А. А. Лытко<sup>2</sup>**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup>Учреждение образования*

*«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ДЕРМАТОГЛИФИКА – КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

### **Введение**

Симметрия свойственна многим объектам неживой и живой природы. В строении тела человека обнаруживаются признаки билатеральной (зеркальной), аксиальной (лучевой) и трансляционной (переносной) симметрии. Природа всех этих видов симметрии кроется в закономерностях внутреннего развития многоклеточного организма, обусловленных генетическими, гормональными и другими внутренними причинами. Асимметрия возникает в результате действия внешних факторов и условий и может носить либо характер нормы реакции, если это действие не является повреждающим, либо характер

патологии. В теле человека есть знакомые всем «асимметричные» части, которые придают организму эволюционные преимущества и закрепляется в программе его онтогенеза, становясь, как и симметрия, закономерной (асимметричное расположение сердца, печени и т.п.). Папиллярные узоры пальцев рук могут быть как симметричны билатерально, так и асимметричны. Благодаря этому факту выделяют еще один дерматоглифический параметр – асимметричность папиллярных узоров. Оценив наличие асимметрии папиллярных узоров, возможно высказать суждение о состоянии здоровья, способности к адаптации, а вместе с этим и о потенциальном возрасте дожития индивидуума. К примеру, упомянутые в прошлых главах пациенты с синдромами Дауна, Патау и Эдвардса имеют не только конкретные особенности строения папиллярных узоров, но и некоторую асимметрию. [1, 2]

### ***Цель***

Изучение асимметрии типов папиллярных узоров у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находившихся на лечении в Гомельской областной детской клинической больнице, а также исследованы их дерматоглифические узоры пальцев правой и левой рук (всего взято 70 отпечатков пальцев). Возраст исследованных составил 6–17 лет. Среди сердечно-сосудистых заболеваний были представлены ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, артериальная гипертензия, малые аномалии развития сердца. Для изучения дерматоглифических характеристик сбор отпечатков пальцев проводился методике Т. Д. Гладковой. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel 2013».

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Мы выяснили, что на больших пальцах билатеральная симметрия типов папиллярных узоров присутствует у 85,7% пациентов, на указательных – у 42,9% людей. На средних и безымянных пальцах данное явление присутствует у 71,4% детей. Что касается мизинцев, то здесь также билатеральная симметрия находится у 71,4% пациентов.

Билатеральная симметрия показателей только по 2 парам пальцев присутствует в 28,6% случаев, по 3 парам – в 28,6%, по 4 – в 14,3%, по 5 – в 28,6%, а по 1 паре пальцев не было обнаружено признаков симметрии.

У 75% пациентов женского пола обнаруживается билатеральная симметрия типов папиллярных узоров на больших и указательных пальцах, у всех пациентов обнаружена симметрия на средних пальцах (100%), у 50% – на безымянных пальцах. На мизинцах совпадение типов узоров есть у 100% исследуемых девочек.

Симметрия показателей была обнаружена у 100% пациентов мужского пола на больших и безымянных пальцах, у 33,3% – на средних и мизинцевых пальцах, на указательных пальцах билатеральной симметрии типов папиллярных узоров выявлено не было.

Билатеральная симметрия узоров по 3 парам пальцев выявлена у 50% девочек. Аналогичная симметрия обнаружена и по 5 парам пальцев (у 50%). По двум и четырем парам пальцев симметрии выявлено не было.

Совпадение типов узоров только по 2 парам пальцев было обнаружено у 66,7% мальчиков, по четырем – у 33,3%, по трем и пяти парам симметрии выявлено не было.

### ***Выводы***

Существует неравномерная выраженность билатеральной симметрии узоров, сильнее всего она проявляется на больших пальцах, а слабее – на указательных. Изучение

дерматоглифических характеристик, в том числе асимметрии типов папиллярных узоров на пальцах у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, может явиться основой перспективного и простого метода донозологической диагностики таких патологий.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергиенко, Л. П. Методы спортивной генетики: дерматоглифический анализ пальцев рук человека (сообщение 1) / Л. П. Сергиенко, В. М. Лишевская // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2010. – № 2. – С. 148–154.

2. Божченко, А. П. Возрастные особенности асимметрии дерматоглифических признаков пальцев рук / А. П. Божченко, Е. В. Капустин, В. И. Ригонен // Достижения современной морфологии – практической медицине и образованию : Сборник научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, 120-летию со дня рождения профессора К. С. Богдавленского, 100-летию со дня рождения профессора Д. А. Сигалевича, 100-летию со дня рождения профессора З. Н. Горбачевича, Курск, 21–23 мая 2020 года / Под редакцией В. А. Лазаренко. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 61–68.

**УДК 616.72-002-053.4**

**Н. А. Осмоловская**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПОЛУЧАЮЩИХ АДАЛИМУМАБ**

#### ***Введение***

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) объединяет все формы хронического детского артрита, поражающего не только суставы, но и внесуставные структуры, в том числе глаза, кожу и внутренние органы, что приводит к инвалидности и даже смерти. Он определяется как артрит неизвестной этиологии, который начинается в возрасте до 16 лет и длится не менее 6 недель [1].

Согласно критериям классификации ILAR, ЮИА делится на семь подтипов: олигоартикулярный ЮИА, серопозитивный полиартикулярный ЮИА, ЮИА, серонегативный полиартикулярный ЮИА, системный ЮИА (sJIA), артрит, связанный с энтезитом (ERA), ювенильный псориатический артрит (JPsA) и недифференцированный ЮИА [2].

Терапевтическое вмешательство начинается с диагностики и приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), за которыми следуют базисные противоревматические препараты. Американский колледж ревматологии (ACR) рекомендует начинать лечение с применением базисных противовоспалительных препаратов, в частности метотрексата, лефлуномида и/или сульфасалазина. Метотрексат считается базисным противовоспалительным препаратом первого выбора при олигоартикулярном и JPsA, когда НПВП и внутрисуставные стероиды неэффективны. Пациенты, у которых заболевание продолжает прогрессировать, следующим этапом лечения являются передовые биологические препараты [1].

Первыми биологическими препаратами, зарегистрированными для лечения ЮИА, были ингибиторы ФНО- $\alpha$  – этанерцепт и адалимумаб. В настоящее время ингибиторы ФНО-альфа считаются наиболее эффективными препаратами для лечения ЮИА, влияющими на боль, скованность, прогрессирование заболевания и качество жизни. Сочетание