

ходенько-Чудакова // Матер. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии». — Новгород. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого. Новгород. научн. центр СЗО РАМН. — Великий Новгород, 2003. — С. 80–81.

15. Походенько-Чудакова, И. О. Использование контактной термометрии в проекции акупунктурных точек для диагностики и оценки эффективности лечения травматических невритов лицевого нерва / И. О. Походенько-Чудакова // Сб. рец. стат. П Белорусско-Американской науч.-практ. конф. врачей и 14 науч. сес. Гомельского гос. мед. у-та, посвящ. 18-летию аварии на ЧАЭС: «Христианство и медицина. Актуальные проблемы медицины». — Гомель — Амарелло, 2004. — С. 68–70.

16. Походенько-Чудакова, И. О. Профилактика осложненных травматических невритов лицевого нерва при помощи акупунктуры / И. О. Походенько-Чудакова // Матер. респ. конф.: «Медицинская наука молодых ученых» / под ред. Г. Я. Холупа. — Мн.: БЕЛМАПО, 2005. — Т. 1. — С. 131–132.

17. Ремнев, А. Г. Новый способ диагностики функционального состояния лицевого нерва, кортиконуклеарных путей лицевого нерва и афферентных путей ствола головного мозга / А. Г. Ремнев // Юж.-Рос. мед. журн. — 1999. — № 6. — С. 9–15.

18. Шургая, Ц. М. Хирургический алгоритм лечения больных с лицевыми параличами: автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.00.21 / Ц. М. Шургая; АО «Стоматология». — М., 1996. — 35 с.

19. Akatsuki, K. Evidence in otorhinolaryngological and head and neck surgery evidence in the treatment of facial nerve paralysis / K. Akatsuki // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. — 2003. — Vol. 106, № 5. — P. 540–543.

20. Clinical observations on acupuncture treatment of peripheral facial paralysis by infra-red thermography a preliminary report / D. Zhang [et al.] // J. Tradit. Chin. Med. — 1991. — Vol. 11, № 2. — P. 139–145.

21. Ellingson, T. W. The impact of malignant disease on facial nerve function after parotidectomy / T. W. Ellingson, J. I. Cohen, P. Andersen // Laryngoscope. — 2003. — Vol. 113, № 8. — P. 1299–1303.

22. Gao, M. H. Clinical analysis of facial nerve palsy in middle ear and mastoid surgery in 23 cases / M. H. Gao, Q. D. Mao, F. Zou // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. — 2000. — Vol. 14, № 12. — P. 556–557.

23. Hawley, R. J. Post-infections central and peripheral nervous system diseases in patient with Devic's disease and Guillain — Barre syndrome / R. J. Hawley, R. Madrid // Eur. J. Neurol. — 2003. — Vol. 10, № 5. — P. 600.

24. Head injury as a risk factor for bipolar affective disorder / P. B. Mortensen [et al.] // J. Affect. Disord. — 2003. — Vol. 76, № 3. — P. 79–83.

25. Mavenda, S. A. The evaluation of facial paralysis / S. A. Mavenda, J. E. Olsson // Otolaryngol. Clin. North. Am. — 1997. — Vol. 30, № 5. — P. 669–682.

26. Myckatyn, T. M. The surgical management of facial nerve injury / T. M. Myckatyn, S. E. Mackinnon // Clin. Plast. Surg. — 2003. — Vol. 30, № 2. — P. 307–318.

27. Takushima, A. Endoscopic dissection of recipient facial nerve for vascularized muscle transfer in the treatment of facial paralysis / A. Takushima, K. Hariik, H. Asato // Br. J. Plast. Surg. — 2003. — Vol. 56, № 2. — P. 110–113.

28. The effect of acupuncture on the temperature of the ocular surface in conjunctivitis sicca measured by non-contact thermography: preliminary results / J. Nepp [et al.] // Adv. Exp. Med. Biol. — 2002. — Vol. 506, Pt. A. — P. 723–726.

29. Xing, W. Treating old facial nerve paralysis of 260 cases with the acupuncture treatment skill of pause and regress in six parts / W. Xing, S. Yang, X. Guo // Zhen Ci Yan Jiu. — 1994. — Vol. 19, № 2. — P. 8–10.

30. Zhao, J. Acupuncture treatment of facial paralysis caused by craniocerebral trauma in 50 cases / J. Zhao // J. Tradit. Chin. Med. — 2003. — Vol. 23, № 1. — P. 47–48.

Поступила 06.02.2009

УДК 575:616.5

## ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКОЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЯ В УЧЕНИИ О КОНСТИТУЦИИ

В. И. Сенько, Е. С. Околокулак

Гродненский государственный медицинский университет

В статье представлен литературный обзор данных, в котором показывается роль генетических маркеров в медицинских исследованиях при прогнозировании развития той или иной патологии.

Ключевые слова: дерматоглифика, психосоматотип.

## DERMATOGLIPHIC AND PSYCHOSOMATIC DIRECTIONS IN CONSTITUTION SCIENCE

V. I. Senko, E. S. Okolokulak

Grodno State Medical University

The literary review of data that shows the role of the genetic markers in medical researches at the predict development of certain pathology, is presented in the article.

Key words: dermatoglyphic, psychotype.

Еще с начала XVII в. в трудах весьма авторитетных анатомов уже встречаются описания дерматоглифических узоров, а в начале XIX в. появляется фундаментальная классификация пальцевых узоров, созданная Яном Пуркине. Позднее она была в значительной мере использована Гальтоном, а затем и авторами

самой на сегодняшний день распространенной классификации — американцами Х. Камминсом и Ч. Мидло.

Дерматоглифика — раздел морфологии человека, изучающий кожный рельеф ладонных и подошвенных поверхностей, покрытых многочисленными гребешками или

папиллярными линиями. Установлено, что папиллярные узоры обладают высоким уровнем наследуемости, наряду с индивидуальным и групповым многообразием и не меняются в течение жизни, что позволяет отнести их к генетическим маркерам, с помощью которых можно выявлять факторы риска тех или иных заболеваний. Наследственная природа гребешковых узоров на коже человека подтверждена рядом работ [8], однако до сих пор нет единого мнения о механизмах наследования кожных узоров.

Закладка дерматоглифического рисунка происходит на третьем месяце внутриутробного развития, когда на ладонных поверхностях пальцев кисти образуются возвышения. Начиная с десятой недели эмбриогенеза, эти возвышения постепенно уменьшаются, а на их поверхности появляются папиллярные линии, которые представлены линейными утолщениями эпидермиса и состоят из отдельных сосочков. Форму рисунка кожных гребешков на кончиках пальцев определяют темпы роста и дифференцировки производных эпидермальной эктодермы [8, 27]. Так, при замедленных темпах роста образуется упрощенный узор (дуга), при среднем темпе — более сложный (петля), а при ускоренном — имеет место наибольшая усложненность (завиток).

В работах С. С. Усоева и К. М. Ковалевича (2004) отмечено, что тип кожного узора зависит от формирования магистральных кровеносных сосудов кисти [22]. Так, в местах нахождения крупных ветвлений ладонных пальцевых артерий (магистральный тип ветвления), формируются трирадиусы завитков и петель, а при рассыпном типе ветвления — дуга. Магистральный тип ветвления приводит к формированию петли только со стороны трирадиуса.

Морфогенез папиллярного рисунка завершается на 21-й неделе внутриутробного развития. Кожный рельеф, в отличие от других клиничко-морфологических признаков, не изменяется с возрастом, при заболеваниях и их осложнениях [13]. Формирование папиллярных узоров может изменяться под действием половых хромосом [7]. Установлены отличительные особенности гребневой кожи при заболеваниях, связанных с численной аномалией половых хромосом [25]. Описаны особенности дерматоглифики при врожденных пороках кистей и стоп, которые могут иметь наследственный характер (олиго-, полидактилии) или быть следствием средового воздействия, как в случаях талидаמידной эмбриопатии [27]. Ряд авторов указывает на то, что определенные условия среды, не вызывающие деформацию конечностей, могут изменить кожный рисунок, например, повреждение эмбриона вирусом краснухи.

Установлено, что между кожей и структурами нервной системы в период внутриутробного развития существует морфологическая связь, которая в дальнейшем проявляется как параллельное развитие тонких характеристик дерматоглифического узора и структуры нервных окончаний на пальцах. Поэтому нарушения в наследственной системе организма, изменяющие звенья ферментативной и гормональной регуляции, и неблагоприятные факторы среды, присутствующие на начальных этапах развития зародыша, проявляются в изменениях конфигурации и ориентации папиллярных узоров, а также в изменении зон их проявления. Кожные узоры отражают сложные процессы роста и дифференцировки тканей в период пренатального онтогенеза. Результаты дерматоглифической диагностики позволяют объективно проанализировать психический статус человека, вероятность развития у него наследственных психических болезней, а также появление у практически здоровых лиц в неблагоприятных или стрессовых условиях болезненных и неадекватных состояний [15].

Среди направлений дерматоглифики широкое распространение получили этническая и расовая дерматоглифика [28], медицинская [9] и судебно-медицинская дерматоглифика [16], или дактилоскопия.

Этническая дерматоглифика рассматривает изменения кожных узоров у народов и рас земного шара. На сегодняшний день антропологами составлены карты распространения некоторых дерматоглифических признаков, что позволяет судить о происхождении и передвижении отдельных этнических групп [28].

Особое внимание уделяется медицинской дерматоглифике, особенно таким ее направлениям, как конституциональная дерматоглифика и изучение роли дерматоглифических показателей как маркера различных заболеваний.

Судебно-медицинская дерматоглифика ставит задачи идентификации личности и решения спорных вопросов отцовства [16].

Передача из поколения в поколение особенностей строения кожных гребешков дает основание применять дерматоглифику при спорном отцовстве. Однако из-за большой изменчивости кожного рельефа и, как следствие, низкой надежности, этот метод используется чаще как дополнительный в сочетании с другими [16].

С начала XX в. появляется опыт применения дактилоскопии как метода установления личности. Однако следует сказать, что в отношении деталей папиллярных линий даже у однойцевых близнецов в отпечатках пальцев есть больше сходств, но не полная идентичность.

Дерматоглифические маркеры имеют ряд преимуществ перед другими типами маркеров,

так как определяются четкими количественными и качественными методами. Эти маркеры представлены несколькими признаками, каждый из которых имеет диагностическое значение, они достаточно доступны для исследования, не меняются с возрастом и при изменениях пропорций тела [11, 20, 25].

Многочисленные исследования показали связь показателей дерматоглифики с такими заболеваниями, как инфаркт миокарда [23], бронхиальная астма [24], инсулинозависимый сахарный диабет [10, 19], кариес [18], варикоцеле, аппендицит, эндометриоз, синдром поликистоза яичников, некоторые инфекционные заболевания [14]. Описан характер пальцевой дерматоглифики у больных алкоголизмом, олигофренией, шизофренией [5].

Установлены связи между группами крови системы АВО и признаками дерматоглифики. Известно, что у лиц с группой крови O(I) завитки встречаются чаще [21]. А. М. Полюхов с соавторами на большом материале (1170 украинцев обоего пола) установил, что группе крови B(III) соответствуют максимальные, а группам O(I) и A(II) — минимальные величины общего гребневого счета и интенсивности узора. Фенотип АВ(IV) по большинству показателей занимает промежуточное положение. Эти данные свидетельствуют о существовании генетической ассоциации между группами крови системы АВО и некоторыми особенностями пальцевых дерматоглифов [12].

Как уже отмечалось, показатели дерматоглифики могут использоваться в качестве маркера различных заболеваний и позволяют выявлять факторы риска целого ряда заболеваний. В настоящее время установлено, что большинство хромосомных болезней и врожденных пороков проявляются параллельно с изменениями дерматоглифики. Широко изучены показатели дерматоглифики при таких заболеваниях, как болезнь Дауна, синдром Патау, Эдвардса, Шерешевского-Тернера, где изменения пальцевых узоров достаточно специфичны, что позволяет использовать их в медико-генетических консультациях наряду с другими методами [22].

Кроме врожденных пороков показана связь дерматоглифики со многими приобретенными заболеваниями, что позволяет косвенно подтвердить врожденную предрасположенность к ним, проводить дополнительные обследования у родственников больных людей и использовать показатели дерматоглифики в качестве генетических маркеров данных заболеваний. Так, у больных сахарным диабетом установлено увеличение числа дуг, радиальных петель и завитков и уменьшение ульнарных петель и общего гребневого счета [10].

По мнению Н. Н. Богданова [2], по разным узорам можно говорить не только о болезнях, но и о характере человека. Узоры на кончиках наших пальцев бывают трех типов: петли, завитки и дуги. Чаще встречаются петли. Их «владельцы» покладисты и весьма заурядны, не способны на какие-то подвиги. Они ответственные, но особой инициативы проявлять не станут. Обладатели завитков — «себе на уме». Неуравновешенные, вспыльчивые, но отходчивые люди. Они часто не доводят начатое дело до конца, хотя, если удастся их заинтересовать чем-нибудь, могут произвести своего рода шедевр. Правда, такие индивидуумы — большая редкость. Редко встречается и третий вид узоров — дуги. Человек с дугами очень предсказуем, он не выносит интриг, не учится на ошибках. Болеет тяжелее и прививки переносит хуже других. При этом обладатели дуг успешны в учебе и делах, отличаются быстротой и конкретностью мышления [2, 4].

Исследуя дерматоглифику многих семейных пар, Н. Н. Богданов обнаружил закономерность, что типы узоров на пальцах супругов часто совпадали. При этом он показал, что создают семью люди с папиллярными дугами довольно редко. Оно и понятно: семейная жизнь под одной крышей для тех, кто в принципе не способен к компромиссам — это сущий ад [2].

#### **Психосоматическое направление в учении о конституции**

Многовековая история учения о конституции ведет свое начало от Гиппократов, который выделил четыре темперамента человека, описал черты характера каждого типа и соответствующие ему типы строения тела. Он выделял «хорошие» и «плохие», «сильные» и «слабые» конституции. Он связывал конституциональные типы с определенными болезнями.

В конце XIX — начале XX века получило развитие психосоматическое направление в учении о конституции. Начало этому направлению положил итальянский врач Ч. Ломброзо. Работая в тюрьмах, он применил антропометрический метод, выделив группу преступников-рецидивистов, и сделал вывод о существовании «врожденных преступников». В наше время генетические исследования показали, что при хромосомных абберациях склонность к антисоциальным поступкам является неотъемлемым свойством психотипа. Немецкий психиатр Э. Кречмер в 1930 г. впервые поставил вопрос о связи строения тела человека с чертами его характера и спецификой болезней психики.

Формирование организма как системы происходит в процессе реализации его биологической программы при постоянном корректирующем влиянии среды. Онтогенетические возрастные особенности «поведения» функциональ-

ных систем генетически детерминированы, но в то же время обусловлены индивидуальной историей, обстоятельствами жизни человека. Изменения в отдельных системах приводят к адаптивной перестройке всего организма. Личность формируется на базе биологических, генетических факторов, обусловленных особенностями нервной системы. Возраст, пол, приобретенные в процессе жизни дефекты нервной системы, хронические интоксикации и нарушения метаболизма выступают в качестве дополнительных патопластических факторов, воздействующих на личность (соматопсихические влияния). Говоря о возможности и механизмах развития патологии соматических систем в условиях нарушения регуляции, следует представлять, каким образом избыточное или недостаточное воздействие регуляторных систем способно изменить структуру иннервируемых тканей [15]. Значительную помощь в этих вопросах оказывает учение о нервной трофике и нейрогенных дистрофиях. Идея о влиянии нервной системы на трофические процессы была высказана впервые Magendí еще в 1824 г.

Нервная регуляция трофики, возникнув на относительно поздних этапах эволюции, значительно расширила приспособительные возможности тканей, повысила их пластичность по отношению к изменениям среды, обеспечив опережающую настройку метаболизма к меняющимся формам деятельности. Показано, что трофическая функция проявляется особенно значимо в период восстановления исходного состояния тканей после нагрузок [6].

Изучение психосоматических соотношений означает стремление найти более полное по сравнению с возможностями традиционного подхода понимание этиологии и патогенеза заболеваний, причин вариабельности их течения, а также терапевтической проблематики. Учет психологических личностных факторов, их значимости, механизмов их «включения» в схему патогенеза болезни позволяет раскрыть социально-психологическую детерминацию патологии человека, объяснить ее своеобразие, а также трудности в моделировании многих заболеваний человека [15].

Таким образом, специфичность поражения той или иной системы (или органа) в условиях развития психосоматического заболевания может быть определена как интегральная характеристика свойств личности, нейроэндокринной регуляции и исполнительных висцеральных систем (или органов).

Влияние психотипа на развитие таких заболеваний, как язвенная болезнь желудка, сахарный диабет [26] и др. уже доказана. Так, роль психогенного фактора в возникновении и течении сахарного диабета, а также возникаю-

щих на его фоне психических нарушений давно привлекли внимание исследователей. Связь диабета и эмоционального напряжения выявил еще три столетия назад Thomas Willis (1674), который первым обнаружил сахар в моче больных диабетом. Он же отметил связь этого заболевания с душевными переживаниями. Впоследствии Клод Бернар (1854) показал роль центральной нервной системы в развитии гипергликемии [1].

Большинство исследователей признавали этиологическую роль психотравмы в развитии диабета, однако они не исключали возможности того, что психосоматическое состояние выступает в роли провоцирующего фактора. Острая эмоциональная травма или длительный психический стресс могут лишь выявить латентный диабет [26], а причинная связь между состоянием эмоционального напряжения и возникновением заболевания существует только в случае предрасположенности к диабету. «Триггерный механизм психогенного стресса, — писал И. Т. Курцин, — характеризуется чрезвычайно важной особенностью: оставленностью кортиковисцеральных нарушений, латентным периодом, достигающим иногда поразительно больших величин» [15]. В ответ на стресс в организме повышается выделение адреналина и кортизола, что вызывает гипергликемию. Также, повышение стрессовых гормонов (адреналина и кортизола) может существенно влиять на клеточный иммунитет, вызывая развитие аутоиммунных реакций, что также способствует развитию сахарного диабета. Хронические стрессовые ситуации в результате сохраняющейся гипергликемии ведут к «глюкозотоксическому эффекту», снижению секреции инсулина, развитию инсулинорезистентности тканей, повышению липолиза. Все это приводит к вторичной гипергликемии и интенсификации глюконеогенеза. Существенная роль отводится активизации контринсулярных гормонов при стрессе [19].

Эмоциональное состояние, как правило, характеризуется гипергликемией, но у некоторых лиц развивается гипогликемический синдром, так как под влиянием гипергликемии чрезмерно возбуждаются клетки инсулярного аппарата, что приводит к снижению содержания сахара в крови [4].

#### **Заключение**

Таким образом, понимание личностной индивидуальности каждого человека позволяет полнее представить причины разнообразия клинической симптоматики различных заболеваний, их «отклонений» от типичных схем течения, создающих трудности в диагностике.

Доступность методики способствует исследованию больших контингентов индивидуумов в относительно короткие сроки. В свою очередь дерматоглифика, наряду с соматотипом и

другими маркерными системами, являясь источником генетических маркеров, может использоваться как метод предскрининга раннего выявления индивидов, предрасположенных к тем или иным заболеваниям. А значит, позволит формировать группы повышенного риска к данной патологии еще до развития болезни.

В свете изложенного представляется интересным продолжение исследования больных с различными патологиями привлекая большое количество соматометрических показателей и индексов в плане поиска новых и уточнения уже имеющихся маркеров их частных конституций, для прогноза и профилактики заболевания.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Бернар, К.* Лекции о диабете / К. Бернар // Лекции по экспериментальной патологии. — М., 1937. — С. 278–287.
2. *Богданов, Н. Н.* Постигание индивидуальности (психофизиологические аспекты) / Н. Н. Богданов. — М.: ООО «Вопросы психологии», 2001. — 64 с.
3. *Богданов, Н. Н.* Характер по пальцам / Н. Н. Богданов // Женское здоровье. — 2000. — № 10. — С. 19–23.
4. *Генес, С. Г.* Нервная система и внутренняя секреция / С. Г. Генес. — М., 1965.
5. *Герасименко, И. А.* Особенности асимметрии дерматоглифики больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И. А. Герасименко. — Киев, 1993. — 17 с.
6. *Губачев, Ю. М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский. — Л.: Медицина, 1981. — 214 с.
7. *Гусева, И. С.* Модифицирующее влияние половых хромосом на генетический комплекс папиллярного узора / И. С. Гусева // Генетика. — 1968. — Т. 4, № 10. — С. 129–133.
8. *Гусева, И. С.* Морфогенез и генетика грешковой кожи человека / И. С. Гусева. — Мн., 1986. — 157 с.
9. *Дерматоглифика в антропологии, физиологии, медицине, криминалистике мозга* / О. М. Фандеева [и др.] // Biomedical and biosocial anthropology. — 2004. — № 2. — С. 262–269.
10. *Дерматоглифика у лиц в возрасте 21–35 лет, болеющих инсулинозависимым сахарным диабетом* / В. В. Жмурик [и др.] // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: матер. 2-й междунар. науч. конф. / под ред. П. К. Лысова. — М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. — С. 78–80.
11. *Звягин, В. Н.* Медико-антропологические аспекты дерматоглифики фаланг кисти / В. Н. Звягин, Л. Ю. Шпак // Суд. мед. экспертиза. — 2000. — Т. 43, № 4. — С. 16–20.
12. *Корнетов, Н. А.* Клиническая антропология — методологическая основа целостного подхода в медицине / Н. А. Корнетов // Biomedical and biosocial anthropology. — 2004. — № 2. — С. 101–105.
13. *Кронджави, Е.* Анализ показателей дерматоглифики у женщин с миомой матки / Е. Кронджави // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 2. — С. 57–58.
14. *Куклин, В. Т.* Влияние типа наследования на особенности дерматоглифических узоров на пальцах рук при рецессивных моногенных дерматозах / В. Т. Куклин, З. В. Кулина // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. — 2000. — № 2. — С. 24–28.
15. *Курцин, И. Т.* Теоретические основы психосоматической медицины / И. Т. Курцин. — Л., 1973.
16. *Леонтьев, А. Г.* Значение дактилоскопии при экспертизе исключения отцовства-материнства / А. Г. Леонтьев // Сб. науч. работ кафедры судебной медицины Ленингр. педиатр. мед. института. — Л., 1958. — С. 168–173.
17. *Невзгода, И. И.* Соматотип, пальцевая дерматоглифика и антигены крови у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.10 / И. И. Невзгода. — Мн., 1995. — 23 с.
18. *Психофизиологические и дерматоглифические особенности учащих с моторной асимметрией* / Т. И. Вихрук [и др.] // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: матер. 2-й междунар. науч. конф. / под ред. П. К. Лысова. — М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. — С. 52–54.
19. *Сенько, В. И.* Особенности дерматоглифики больных сахарным диабетом первого типа. Внедрение инновационных технологий в хирургическую практику (фундаментальные и прикладные аспекты) / В. И. Сенько, Е. С. Околоулак // Сб. матер. междунар. дистанционной науч.-практ. конф., посвященной памяти выдающегося ученого и хирурга профессора В. Н. Парина. — Пермь: ИД «Пресстайм», 2008. — С. 181–183.
20. *Солониченко, В. Г.* Медицинская дерматоглифика / В. Г. Солониченко, Н. Н. Богданов // Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности (дактилоскопия и дерматоглифика). — М., 2002. — С. 59–80.
21. *Тегакко, Л. И.* Практическая антропология: учеб. пособие / Л. И. Тегакко, О. В. Марфина. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 320 с.
22. *Усоев, С. С.* Анатомические особенности человека как система генетических маркеров / С. С. Усоев // Генетические маркеры в антропогенетике и медицине: Тез. докл. IV Всесоюзного симпозиума. — Хмельницкий, 1988. — С. 279–280.
23. *Усоев, С. С.* Дерматоглифика при инфаркте миокарда, стенокардии и варикозном расширении вен / С. С. Усоев, Н. А. Усоева // Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования: матер. междунар. науч.-практ. конф., посвященной 10-летию образования Гомельского государственного медицинского института (22–23 ноября 2000 г., г. Гомель): В 2 т. — Мозырь: «Белый Ветер», 2000. — Т. 2. — С. 262–263.
24. *Царев, В. П.* Конституционально-клиническая характеристика иммунного гомеостаза и экстракорпоральная иммуннокоррекция у больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05 / В. П. Царев. — Мн., 2003. — 41 с.
25. *Шапцев, Ю. Д.* Дерматоглифика в медицине / Ю. Д. Шапцев // Мед. консультация. — 1999. — № 3. — С. 12–19.
26. *Benton, P.* Diabetes / P. Benton. — 1953. — Vol. 4, № 6. — P. 401–405.
27. *Cummins, H.* Finger prints palms and soles. An introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo. — Philadelphia, 1943 (N.Y., 1961). — 319 p.
28. *Sasicki, K.* Zróżnicowanie regionalne Polaków i sąsiadujących nimi narodów pod względem cech dermatoglifow / K. Sasicki // Zprawy Cs. spol antropol. pri Cs. Acad. Ved. — 1976. — Vol. 29, № 3. — P. 84–87.

Поступила 17.02.2009

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

## РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении рецидивоопасных клинических ситуаций (депрессии и другие) у лиц с алкогольной зависимостью первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по