

и полусинтетических амино-, карбокси- и уреидопенициллинов. Остальные антистафилококковые пенициллины и цефалоспорины сохраняют активность в отношении бета-лактамазопродуцирующих штаммов. Штаммы стафилококков, имеющие ПСБ2а, клинически устойчивы ко всем бета-лактамам АБП. Маркером наличия ПСБ2а является устойчивость к оксациллину. На практических занятиях подробно разбирается, что определение чувствительности стафилококков к бета-лактамам антибиотикам включает два теста определения чувствительности: к бензилпенициллину — для выявления бета-лактамаз; к оксациллину — для выявления ПСБ2а, кодирующего ген *mecA*. Необходимо обращать внимание студентов, что на практике встречаются случаи, когда исследуемые стафилококки проявляют устойчивость к оксациллину, но при этом сохраняется чувствительность к другим бета-лактамам. Безусловно, предпочтение нужно отдавать результатам, получаемым при тестировании оксациллина, и препараты этой группы не рекомендуются для терапии.

На практических занятиях подробно разбираются вопросы о правильном составлении наборов АБП для определения лекарственной чувствительности различных микроорганизмов. При этом необходимо знать и закономерности перекрестной резистентности микроорганизмов к различным представителям одной группы АБП. Например, применительно к представителям семейства внекишечных энтеробактерий существенных различий в уровне антибактериальной активности между ципрофлоксацином, офлоксацином, а также новыми «антипневмококковыми» фторхинолонами нет, и между всеми этими препаратами возникает полная перекрестная резистентность. Поэтому, выбор конкретного фторхинолона для включения в исследование основывается только на наличии тех или иных препаратов в стационаре. Для аминогликозидов, наоборот, результаты, получаемые при оценке чувствительности к гентамицину, нельзя экстраполировать на другие препараты этой группы. Поэтому в наборы для определения чувствительности необходимо включать несколько препаратов этой группы, если они могут использоваться для терапии инфекций в соответствии с профилем конкретного стационара.

Таким образом, в процессе обучения в курсе клинической микробиологии у студентов необходимо формировать понимание того, что врач лабораторной диагностики микробиологической лаборатории на основании полученных результатов исследования *in vitro* должен уметь прогнозировать результат антибактериальной терапии и рекомендовать клиницистам наиболее эффективные с микробиологической точки зрения антимикробные препараты для назначения конкретному больному.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Страчунский, А. С.* Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под. ред. А. С. Страчунского. — М., 2002. — 381 с.

УДК 616.329 – 002 – 053.2:611.77

СПЕЦИФИКА НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шестерина Е. К., Коваленко В. В., Чешик И. А., Жданович В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время сохраняется отмеченная в предыдущие годы умеренная тенденция к росту заболеваемости детей до 14 лет с впервые установленным диагнозом. Углубленные медицинские осмотры показали достоверно высокие уровни заболеваемости детей до 14 лет отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, врожденными аномалиями развития, болезнями нервной системы, новообразованиями, болезнями системы кровообращения, органов пищеварения. В связи с этим возникла необходимость поис-

ка специфических информативных морфогенетических маркеров, которые позволили бы разработать критерии донозологической и ранней диагностики ряда заболеваний.

Удобной и информативной системой фенотипических признаков человека, наряду с рельефом ушных раковин, сосудистым рисунком сетчатки, биометрических показателей кистей рук, является гребешковая кожа. Именно, высокая индивидуальная специфичность, неизменность в онтогенезе, устойчивость к повреждающим воздействиям (абсолютное восстановление рисунка в процессе посттравматической регенерации), а также наследственная детерминация, способствуют использованию дерматоглифических данных в различных областях медицины [2].

Закладка дерматоглифического рисунка происходит на 3-м месяце внутриутробного развития, одновременно и в связи с развитием нервной и эндокринной системами. Форму рисунка кожных гребешков на кончиках пальцев определяют темпы роста и дифференцировки производных эпидермальной эктодермы [4].

О возможности диагностики заболеваний методом дерматоглифики было впервые заявлено в середине 20-х гг. прошлого столетия американскими учеными Камминсом и Мидло [5]. Метод дерматоглифики позволяет определить предрасположенность к заболеваниям, а также своеобразный генетический фон, способствующий повышению восприимчивости к ряду заболеваний. В отдельных случаях этим способом могут быть уточнены клинические диагнозы, что может иметь определенное практическое значение.

Результаты анализа дерматоглифических признаков используются отечественными и зарубежными исследователями для изучения дерматоглифических особенностей более 100 заболеваний [3]. И совершенно очевидно, что заболевания с выраженной генетической компонентой имеют наибольшую вероятность реализации в особенностях дерматоглифики.

Цель

Изучение особенностей дерматоглифических признаков у детей с заболеваниями органов пищеварительной системы и выделение критериев донозологической диагностики данной патологии.

Методы

В ходе работы были исследованы отпечатки ладоней и пальцев группы мальчиков в количестве 30 человек с клиническим диагнозом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Группу контроля (ГК) составили дети соответствующего возраста и пола, у которых при проведении медицинского обследования данной патологии выявлено не было.

Для исследования дерматоглифических показателей использовалась методика снятия отпечатков ладонных поверхностей кистей рук с использованием типографской краски.

Анализ дерматоглифического рисунка производился по классической методике Камминса и Мидло, в модификации Т. Д. Гладковой [5, 1].

Статистическую обработку собранных данных проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica» 6.0 (Statsoft, USA).

Результаты и обсуждение

При анализе дерматоглифических признаков на правой и левой руке в исследуемой нозологической группе были отмечены бимануальные различия распределения некоторых дерматоглифических показателей (таблица 1).

Таблица 1 — Бимануальные различия дерматоглифических признаков у детей с ГЭРБ (%)

Признак	ГЭРБ		Достоверность различия (p)
	правая	левая	
Линия а в 3 поле	13,63 ± 7,32	36,36 ± 10,26	p>0,05
Линия с в 5" поле	0	13,64 ± 7,32	p>0,05
Lu в обл. Ng	0	18,18 ± 8,22	p<0,05

При сравнении с группой контроля в группе больных ГЭРБ были выявлены следующие наиболее значимые фенотипические маркеры (таблица 2).

Таким образом, характерной (p < 0,05) в сравнении с контролем особенностью на правой руке оказалось наличие дугового узора на втором пальце (22,72 ± 8,93 % — ГЭРБ,

3,33 ± 3,27 % — ГК), на левой руке, наличие двойной петли на первом пальце (22,72 ± 8,93 % — ГЭРБ, 0 — ГК) и ульнарной петли на пятом (100 % — ГЭРБ, 86,66 ± 6,20 % — ГК). Статистически недостоверными ($p > 0,05$) особенностями дерматоглифики в группе мальчиков с ГЭРБ на правой руке оказались: повышенная узорность области гипотенара (9,09 ± 6,12 % — ГЭРБ, 0 — ГК), двойная петля на первом пальце и радиальная петля на втором (13,63 ± 6,21 % — ГЭРБ, 0 — ГК; 22,72 ± 8,93 % — ГЭРБ, 6,66 ± 4,55 % — ГК).

Таблица 2 — Особенности дерматоглифического рисунка детей с ГЭРБ (%)

Признак	ГЭРБ	ГК	Достоверность различия (p)
Правая рука			
Lg/Lu в обл. Нg	9,09 ± 6,12	0	p>0,05
2L на 1 пальце	13,63 ± 6,21	0	p>0,05
Lg на 2 пальце	22,72 ± 8,93	6,66 ± 4,55	p>0,05
A на 2 пальце	22,72 ± 8,93	3,33 ± 3,27	p<0,05
Левая рука			
2L на 1 пальце	22,72 ± 8,93	0	p<0,05
A на 2 пальце	31,82 ± 9,93	10 ± 5,47	p>0,05
2L на 2 пальце	9,09 ± 6,12	0	p>0,05
Lu на 4 пальце	86,36 ± 7,32	66,66 ± 8,60	p>0,05
Lu на 5 пальце	100	86,66 ± 6,20	p<0,05

На левой руке такими признаками оказались: дуга на втором пальце (31,82 ± 9,93 % — ГЭРБ, 10 ± 5,47 % — ГК), двойная петля на втором пальце (9,09 ± 6,12 % — ГЭРБ, 0 — ГК) и ульнарная петля на четвертом (86,36 ± 7,32 % — ГЭРБ, 66,66 ± 8,60 % — ГК).

Выводы

Изучение особенностей дерматоглифики мальчиков с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью позволило выделить некоторые характерные признаки пальцевых узоров, которые при комплексном подходе могут быть использованы в качестве критериев донозологической диагностики данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладкова, Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. — М., 1966. — 151 с.
2. Кравченко, И. А. Сравнительный анализ пальцевых узоров ладоней и стоп у мужчин и женщин ростовской популяции / И. А. Кравченко, С. С. Петров, И. В. Устименко // Сборник научных работ «Актуальные проблемы медицины и биологии». — Сибирский государственный медицинский университет, Томск. — 2003. — С. 63–64.
3. Чистикин, А. Н. Метод дерматоглифики в превентивной диагностике заболеваний сердца / А. Н. Чистикин, Т. А. Чистикина // «Новое — в практику кардиологии»: Тез. докладов юбилейной конференции посвященной 10-летию Тюменского НИИ клинической и профилактической кардиологии. — Тюмень, 1995. — С. 39.
4. Bonnevie, K. Die ersten Entwicklungsstadien der Papillarmuster der menschlichen Fingerballen / K. Bonnevie // Nytt mag. Naturvidenskabende. — 1927. — № 65. — P. 19–56.
5. Cummins, H. Finger prints palms and soles. An introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo // Philadelphia. — 1943 (N.Y., 1961). — 319 p.

УДК 616.5-03612 616.523-039

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ

Шилова Н. П., Байкова И. А., Курс О. В., Романива О. А., Шилова О. В.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Рецидивирующая герпетическая инфекция (РГИ) — группа заболеваний, обусловленных вирусом простого герпеса (ВПГ), характеризующаяся поражением кожи и слизистых. Различают две основные группы ВПГ: 1 и 2 типа. Штаммы ВПГ-1 чаще вызывают поражение кожи лица, верхних конечностей, штаммы ВПГ-2 — поражение генитальной области.