

ной активности нервных клеток. Малые количества серотонина подавляют центральную нервную систему, а более значительные — стимулируют ее. В эмбриональный период онтогенеза серотонинергические нейроны контролируют процессы развития нервной ткани. Показано, что обмен серотонина во внутриутробном и раннем постнатальном периоде влияет на формирование и дальнейшее развитие структур центральной нервной системы, активирует рефлекторную деятельность центральной нервной системы [5].

Анализ нервно-психического развития детей в возрасте 1 год показал, что синдром двигательных нарушений, а также синдром мышечной дистонии наблюдался у 19 (23,8 %) детей в возрасте до 1 года. Синдром мышечной дистонии у младенцев проявлялся локальным или диффузным (общим) снижением тонуса мышц различной степени, а также снижением сопротивления пассивным движениям или увеличением их объема. При объективном осмотре такого ребенка отмечалось снижение двигательной активности. Всем детям данной группы, по данным истории развития ребенка (ф. 112у), проводилось восстановительное лечение в виде общеукрепляющего массажа с акцентами на проблемные области для стимуляции моторного и эмоционального развития ребенка. В возрасте $8,5 \pm 3,3$ месяца после курса восстановительного лечения у детей данной группы было отмечено возрастание общей двигательной активности, формирование новых возможностей сенсомоторных связей, что способствовало дальнейшему нормальному нервно-психическому развитию.

Ретроспективный анализ показателей серотонинового обмена в сыворотке пуповинной крови в группе детей, имевших двигательные нарушения в возрасте 1 год, выявил статистически значимое повышение содержания триптофана — Trp (77,8 [67,4; 96,7] против 60,7 [59,1; 77,7] нмоль/мл, $p = 0,04$) и предшественника серотонина — 5-НТР (26,0 [18,4; 32,7] против 18,7 [14,3; 20,3] нмоль/л, $p = 0,03$). Одновременно с этим, отмечена тенденция к повышению уровня серотонина в данной группе детей 141,0 [56,7; 232,0] против 87,3 [45,1; 149,0] нмоль/л, $p = 0,15$). Содержание продукта его деградации (5-ННАА) существенно не отличалось от показателей группы здоровых детей 120,0 [61,3; 205,0] против 122,0 [108,9; 139,0] нмоль/мл, $p = 0,78$).

Заключение

Таким образом, у детей с повышенным содержанием триптофана и 5-гидрокситриптофана в сыворотке пуповинной крови в годовалом возрасте имеют место двигательные нарушения. Аналогичную направленность обмена серотонина, по показателям сыворотки пуповинной крови, имеют новорожденные, составившие группу часто болеющих в возрасте до 1 года. Одновременно с этим, выявленные отклонения обмена серотонина при рождении не оказывают влияния на физическое развитие детей до года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иззати-заде, К. Ф. Нарушения обмена серотонина в патогенезе заболеваний нервной системы / К. Ф. Иззати-заде, А. В. Баша // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — № 9. — С. 62–70.
2. Барашнев, Ю. И. Наследственные болезни обмена веществ у детей / Ю. И. Барашнев. — Л.: Медицина, 1978. — 320 с.
3. Показатели обмена серотонина в сыворотке пуповинной крови доношенных новорожденных детей и адаптация после рождения / Т. С. Шерешик, Л. Н. Шейбак // Вестник РГМУ. — 2011. — № 2. — С. 148–151.
4. Цыганенко, А. Я. Клиническая биохимия / А. Я. Цыганенко. — М.: Триада-Х, 2002. — 504 с.
5. Вельтищев, Ю. Е. Обмен веществ у детей / Ю. Е. Вельтищев. — М.: Медицина, 1983. — 464 с.

УДК 572 + 575.21. + 616 – 056.7

ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ПАЛЬМАРНОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Шестерина Е. К., Жданович В. Н.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Аутоиммунный тиреодит (АИТ) является распространенным заболеванием щитовидной железы, особенно среди женщин, что делает весьма актуальными все исследования, направленные на разработку экспресс-методов оценки генетической предрасположенности к возникновению этой патологии.

Гребешковая кожа формируется в плодном периоде — на 3–6 месяцах внутриутробного развития. Кожный рельеф, в отличие от других клинико-морфологических признаков, не изменяется с возрастом, в результате заболеваний, при различных их осложнениях [1].

В силу того, что показатели дерматоглифики не меняются с возрастом и наследственно обусловлены, можно говорить, о комплексе признаков, несущих информацию, закодированную в генах. Исходя из различной частоты встречаемости признаков, отношения их друг к другу, можно судить о взаимосвязи отдельных дерматоглифических показателей и соответствующих патологических процессов, обусловленных перестройками в системе генотипа индивида [2].

В сущности дерматоглифическая конституция представляет собой совокупность генетических маркеров.

Цель исследования

Разработка метода распознавания специфического для данной патологии дерматоглифического образа.

Методы исследования

Снятие ладонных отпечатков производилось с помощью типографской краски, по методу Т. Д. Гладковой [3], на бумагу с последующим сканированием. Полученные изображения передавались в персональный компьютер, где производилась оценка дерматоглифических признаков топографии ладонных узоров, при этом учитывались следующие критерии:

- направления главных ладонных линий a, b, c, d в ладонные поля;
- положение осевого ладонного трирадиуса
- характер рисунка на тенаре, гипотенаре и в межпальцевых полях.

Предложенным способом было обследовано 32 пациента женского пола с клиническим диагнозом аутоиммунный тиреозит. В группы сравнения были включены лица того же пола, национальности, проживающие в тех же экологических условиях, которые были условно здоровы.

Расшифровка дерматоглифических признаков осуществлялась согласно Международной классификации по классической методике Н. Cummins, Ch. Midlo, в модификации Т. Д. Гладковой [3, 4].

Для установления характера влияния каждого признака использовалась процедура вычисления частот встречаемости признаков в сравниваемых группах. Для оценки информативности и статистической значимости каждого признака использовались методы непараметрической статистики сравнения двух групп по качественному признаку «наблюдаемых и ожидаемых частот» и критерий χ^2 («Statistica» 6.1).

Далее был исследован характер связи каждого дерматоглифического признака и аутоиммунного заболевания щитовидной железы.

Результаты и обсуждение

Наиболее информативные признаки пальмарной дерматоглифики женщин с аутоиммунным тиреозитом представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 — Распределение некоторых признаков пальмарной дерматоглифики на левой руке пациентов с аутоиммунной патологией щитовидной железы

Признак	Группа		χ^2 , p-level
	АИТ (%)	группа сравнения (%)	
Главная ладонная линия d			
Поле 5"	0,00	14,70	4,79; 0,029
Главная ладонная линия c			
Поле 9	50,00	23,53	4,85; 0,028
Отсутствие линии	0,00	17,65	5,84; 0,016
Узоры в области гипотенара (Hg)			
L(u)	3,33	17,64	3,35; 0,067
L®	33,33	5,88	7,88; 0,005
Узоры на тенаре — I межпальцевом промежутке (th/1)			
L®	13,33	0,00	4,84; 0,028
Отсутствие истинного узора	86,67	100,00	4,84; 0,028
Узоры на III межпальцевом промежутке			
L	43,33	20,59	3,84; 0,050
Отсутствие узора	56,57	79,41	3,84; 0,050

Таблица 2 — Распределение некоторых признаков пальмарной дерматоглифики на правой руке пациентов с аутоиммунной патологией щитовидной железы

Признак	Группа		χ^2 ; p-level
	АИТ	группа сравнения	
Главная ладонная линия d			
Поле 5"	0,00	11,76	3,76; 0,052
Главная ладонная линия b			
Поле 9	16,67	0,00	6,15; 0,013
Главная ладонная линия a			
Поле 11	0,00	17,64	5,84; 0,016
Узоры на III межпальцевом промежутке			
L	70,00	41,18	5,34; 0,020
Отсутствие узора	30,00	58,82	5,34; 0,020

Анализ признаков показал, что специфическими ($p < 0,05$) для пациентов с данной патологией являются на левой руке: окончание главной ладонной линии с в 9 поле (АИТ — 50,00 %; группа сравнения — 23,53 %); наличие радиальной петли в области гипотенара (АИТ — 33,33 %; группа сравнения — 5,88 %); радиальная петля в области тенара — 1 межпальцевого промежутка (АИТ — 13,33 %; группа сравнения — 0,00 %); истинный петлевой узор в третьем межпальцевом промежутке (АИТ — 43,33 %; группа сравнения — 20,59 %).

На правой руке наиболее значимыми ($p < 0,05$) признаками оказались: окончание главной ладонной линии b в 9 поле (АИТ — 16,67 %; группа сравнения — 0,00 %); истинный петлевой узор в третьем межпальцевом промежутке (АИТ — 70,00 %; группа сравнения — 41,18 %).

Заключение

Разрабатываемая методика направлена на выявление обобщенных критериев донозологической диагностики заболеваний щитовидной железы. Полученные результаты, основывающиеся на анализе дерматоглифической картины, позволят выявить морфогенетические маркеры аутоиммунной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кронджави, Е. Анализ показателей дерматоглифики у женщин с миомой матки / Е. Кронджави // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 2. — С. 57–58.
2. Алексеева, Т. И. Антропология — медицине / Т. И. Алексеева. — М.: МГУ, 1989. — 246 с.
3. Гладкова, Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. — М., 1966. — 151 с.
4. Cummins, H. Finger prints palms and soles. An introduction to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo // Philadelphia. — 1943 (N.Y., 1961). — 319 p.

УДК 616.89-053.9:615.859

ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шилова О. В., Тюрина Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современная демографическая ситуация отражает неуклонное увеличение в популяции доли лиц пожилого возраста. Улучшение доступности и качества медицинской помощи, улучшение условий жизни приводит к увеличению продолжительности жизни