

КОНСТИТУЦИОННЫЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛЬЧИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И.А.Чешик, Е.К.Шестерина, С.Н.Никонович, В.Н.Жданович

Гомельский государственный медицинский университет

(Беларусь)

Углубленные медицинские осмотры детей 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, костно-мышечной системы, органов чувств. Физическое развитие (ФР) как совокупность различных показателей (длина, масса, форма, сила и др.), обусловленных комплексом наследственных и социальных факторов, считается одним из важнейших критериев, отражающих состояние здоровья детского населения [1]. Для изучения ФР детей и подростков разработана унифицированная методика измерений человеческого тела и его частей. Данные, полученные при антропометрических обследованиях однородных групп, могут послужить основой для популяционного мониторинга на конкретной территории.

Для многих хронических заболеваний детского возраста не существует определенной симптоматики, относящейся к раннему этапу развития болезни, поэтому нарушение ФР является одним из первых признаков неблагополучия и служит показанием для углубленного обследования ребёнка. Морфологический статус отражает влияние многочисленных эндогенных и экзогенных факторов, поэтому уровень и гармоничность ФР – важные социально-экономические показатели, особенно при регулярном динамическом наблюдении за здоровьем, которое должно постоянно находиться в поле зрения специалистов [2-3]. Антропометрическое обследование и использование связанных с ним методов позволяет дополнить клиническую картину рядом признаков, характеризующих заболевание, и тем самым уточнить диагноз [4].

Имеются данные [5], что ФР характеризуется увеличением с возрастом количества детей с дисгармоничным морфофункциональным статусом с 26-28 % до 42-56 %, а в структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов пищеварения. Часто и длительно болеющие мальчики чаще имеют более высокие значения массы тела и окружности грудной клетки [6]. Лица грудномышечного типа конституции наиболее подвержены заболеваниям органов пищеварения. Среди больных с язвенной болезнью число лиц с астеническим телосложением в 3,2 раза выше, а с нормостеническим – в 2,6 раза ниже [7].

Дерматоглифический анализ является традиционным методом антропологии и генетики. Гребневый узор в некоторых аспектах является весьма важным антропологическим признаком. Признаки дерматоглифики характеризуются количественной вариабельностью, индивидуальной специфичностью и групповым многообразием, высокой полигенной наследуемостью и отсутствием изменений при воздействии постнатальных факторов. Они могут быть использованы в медицинских целях как фактор-индикатор предрасположенности к различным формам патологии. В настоящее время с помощью изучения кожного рисунка выявляют туберкулез, сахарный диабет, острый лейкоз, глаукому, язву двенадцатиперстной кишки и др. Имеются публикации об изменениях дерматоглифики у больных инфарктом миокарда, нейросенсорной тугоухостью [8].

Нами проведены антропометрическое и дерматоглифическое обследование 54 мальчиков в возрасте от 10 до 16 лет, проживающих в Гомельской области, и имеющих клинически установленный диагноз: хронический гастрит или хронический гастродуоденит. Группу контроля (ГК) составили 66 практически здоровых мальчиков того же возраста, проживающие в тех же экологических условиях. Определение возраста детей проводили путем вычитания даты рождения из даты обследования. При этом к определенной возрастной группе относили детей с 6 месяцев предыдущего возрастного года до 5 месяцев 29 дней текущего года. Антропометрические данные получены на основе унифицированной методики В.В.Бунака [9]. Соматометрическая программа включала следующие показатели ФР: масса тела (МТ), длина тела (ДТ), окружность грудной клетки (ОГК), ширина плеч. Определяли их соотношения – антропометрические индексы – для комплексной оценки физического и функционального состояния организма: соотношения показателей ДТ, МТ и ОГК. Каждому значению ДТ в пределах "нормы" соответствует определенный размах изменчивости МТ и ОГК с учетом половых различий [10]. Отклонения от этих соответствий рассматриваются как показатели дисгармоничности ФР, связанные со снижением функциональных способностей организма [11]. При помощи антропометрического индекса Пинье определяли конституциональные типы обследованных.

Для исследования дерматоглифических показателей использовалась методика снятия отпечатков ладонных поверхностей кистей на линованную плотную писчую бумагу. Отпечатки снимали с помощью типографской краски, которую наносили на ладонь валиком шириной 5 см. Лист микропористой резины толщиной 5-10 мм использовался для более равномерного прижатия бумаги к ладони. Анализ дерматоглифических рисунков проводили по классической методике [12] в модификации Т.Д.Гладковой [8].

При проведении анализа дерматоглифических признаков на правой и левой

Таблица 1

**Распределение дерматоглифических индексов пальцевых узоров
у больных гастритом (%)**

Индексы	Рука	Контроль	Гастрит
Индекс Фуругагы	правая	30,1	81,8
	левая	30	50,8
Индекс Данкмеера	правая	8,8	6,2
	левая	18,2	8,3
Индекс Полла	правая	2,7	5,1
	левая	5,5	4,2

Таблица 2

Распределение обследованных мальчиков по соматотипам

Тип конституции	Гастрит		Контроль	
	п	%	п	%
Астенический	32	59,25	38	57,58
Нормостенический	22	40,75	26	39,42
Гиперстенический	0	0	2	3,0
Всего	54	100	66	100

руке в исследуемой нозологической группе и ГК отмечена значимая асимметрия распределения некоторых из них. В группе больных гастритом выявлены следующие наиболее значимые фенотипические маркеры. Характерными в сравнении с контролем особенностями на правой руке оказались завитковые узоры на первом и пятом пальцах ($48 \pm 0,64$ % – гастрит, $23 \pm 0,33$ % – ГК; $27 \pm 0,02$ % – гастрит, $6 \pm 0,66$ % – ГК). На левой руке достоверно значимыми ($P < 0,05$) признаками дерматоглифического фенотипа являются: истинный (петлевой) узор в области гипотенара ($24 \pm 0,32$ % – гастрит, $3 \pm 0,33$ % – ГК), петлевой узор в области третьего и четвертого межпальцевых промежутков ($54 \pm 0,05$ % – гастрит, 20 % – ГК; $67 \pm 0,56$ % – гастрит, $43 \pm 0,33$ % – ГК), завитковый узор на четвертом пальце ($56 \pm 0,75$ % – гастрит, $26 \pm 0,66$ % – ГК).

Для оценки процентного соотношения пальцевых узоров в исследуемых группах использовались качественные индексы Фуругаты, Данкмеера и Полла. Индексы, отражающие процентное соотношение завитков и петель, дуг и завитков, дуг и петель на групповом уровне приведены в таблице 1.

На основании распределения значений индекса Пинье мальчики обеих исследуемых групп были разделены по типам телосложения (табл. 2).

Другие исследованные антропометрические показатели достоверно значимых групповых отличий не имеют.

Выводы. 1. Конституциональные типы мальчиков, имеющих патологию со стороны органов пищеварения, не имеют существенных отличий от своих условно здоровых сверстников и не могут являться критерием формирования групп риска по гастроэнтерологическим заболеваниям. 2. Проведенные исследования позволили выделить ряд дерматоглифических маркеров, которые указывают на информативность выбранного подхода и при проведении дальнейших исследований позволят разработать критерии донозологической диагностики гастроэнтерологической патологии.

Литература

1. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие школьников Москвы в последнее десятилетие // *Гигиена и санитария*. – 2000. – № 1. – С. 65-68.
2. Матвеева Н.А., Кузмичев Ю.Г., Богомолова Е.С. и др. Динамика физического развития школьников Нижнего Новгорода // *Гигиена и санитария*. – 1997. – № 2. – С. 26-28.
3. Клиорин А.И. Конституция человека // *Terra Medica*. – 1996. – № 4. – С. 4-9.
4. Meaney F.J. Anthropologists in medical genetics: a developing niche // *Amer. J. Phys. Anthropol.* – 1984. – V. 63, № 2. – P. 192.
5. Кучма В.Р., Суханова Н.Н., Катечкина Н.А., Каретина С.А. Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников // *Гигиена и санитария*. – 1996. – № 1. – С. 27-28.
6. Полина Н.И., Иванова В.И. Физическое развитие здоровых и часто длительно болеющих школьников г. Минска // *Новости спорт. и мед. антропол.* – 1991. – Вып. 3 (7). – С. 57.
7. Мелешкина К.Г., Буглак Н.П. Влияние конституциональных особенностей на фенотипические проявления язвенной болезни // *Тез. докл. I съезда мед. генет. СССР*. – Львов, 1988. – С. 67.
8. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. – М., 1966. – 151 с.
9. Бунак В.В. Методика антропометрических исследований. – М.: Изд-во МГУ, 1931. – 121 с.
10. Бунак В.В. Опыт типологии пропорций тела и стандартизации главных антропометрических размеров // *Учен. записки МГУ*. – 1937. – Вып. 10. – С. 7-102.
11. Chamla M.-C. Microvariation morphologiques chez des habitants de la region parisienne en fonction de l'origine geographique et des categories professionnells // *Bull. et mem. soc. anthropol. Paris*. – 1979. – V. 6, № 3. – P. 269-293.
12. Cummins H., Midlo Ch. *Finger Prints Palms and Soles. An Intosduction to Dermatoglyphics*. – Philadelphia, 1943. – 236 p.